

جامعة طنطا
كلية الآداب
قسم علم النفس

العلاج السلوكي كآلية إحتواء و علاج للأضطرابات النفسية المصاحبة

لمرض السكر في ضوء بعض متغيرات الشخصية

رسالة مقدمة من الباحث

ممدوح مختار على

لنيل درجة دكتوراه الفلسفة في علم النفس

إشراف



الأستاذ الدكتور

مايسة محمد شكرى

أستاذ ورئيس قسم علم النفس

كلية الآداب - جامعة طنطا

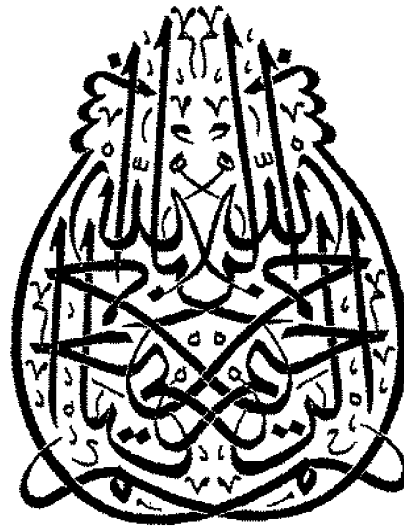
٢٠٠١

الأستاذ الدكتور

عبد السلام أحمدى الشيخ

أستاذ علم النفس

كلية الآداب - جامعة طنطا



"ويسألونك عن الروح قل الروح من أمر
ربى، وما أوتيتم من العلم إلا قليلاً"



سورة الإسراء الآية ٨٥

إهداء...

**** إلى كل من أعطوني كل شيء ووهبوا لي الحياة نفسها**

إلى أبي رحمة الله عليه

وإلى أمي أطال الله في عمرها

**** إلى زوجتي و أولادي الذين هم امتدادى**

إليهم جميعا أهدى هذا الغرس المتواضع

.....

شكر وتقدير

بادئى ذى بدء اشكر الله العلى العظيم على كل نعمائه وعطاياه فله الحمد والشكر على ما يسرنى وهيئنى له من مثابرة وجلد واجتهاد لاتمام هذا العمل وانجازه كما أتوجه بالشكر والعرفان بالجميل إلى كل من ساعدنى وبذل معى كل الجهد الصادق وأخص بالشكر :

الأستاذ الدكتور عبد السلام احمدى الشيخ أستاذ علم النفس بكلية الآداب - جامعة طنطا ، على ما بذله معى من جهد كان له اكبر الأثر فى إخراج هذا البحث فى صورته الحالية .

كما أتوجه بالشكر العميق للأستاذة الدكتورة مایسة شكرى أستاذ ورئيس قسم علم النفس بكلية الآداب - جامعة طنطا ، على ما أسدت لى من نصائح وتوجيهات وما خصصته لى من وقت كان له اكبر التأثير فى دفعى لتحقيق افضل ما لدى - اشكرهما على حسن إشرافهما علىّ وعظيم توجيهاتهما العلمية الدقيقة التى ولاريب آثرت هذه الدراسة وأیما تأثير .

والشكر العظيم إلى قسم السكر والغدد الصماء بطب عين شمس على العون الكامل فيما يتعلق بتطبيق أدوات الدراسة بشعبتيها التشخيصية والعلاجية ، اشكرهم على رحابة صدرهم ومعاونتهم الصادقة طوال فترات التطبيق والدراسة .

كما أخص بالشكر كل من ساهم ولو مساهمة متواضعة فى سبيل إظهار هذا العمل على هذه الهيئة التى آمل أن أكون قد وفقت أو دنوت من التوفيق ، فإذا كان ذلك فله الحمد والشكر وان كانت الأخرى فحسبى إننى لم ادخر وسعاً ولم أوفر جهداً - والكمال لله وحده ومنه العون والتوفيق .

"وما توفيقي إلا بالله، عليه توكلت وإليه أنيب"

الباحث

الفهرست

رقم الصفحة	الموضوع
أ	افتتاحية
ب	اهداء
ج	شكر و تقدير
د - هـ	فهرست الموضوعات
ز - ح	فهرست الجداول و الملاحق
١ - ١١	الفصل الأول : مدخل الى الدراسة
١ - ٤	١ - مقدمة الدراسة
٥ - ٦	٢ - مشكلة الدراسة
٧	٣ - أهمية الدراسة
٩ - ١١	٤ - متغيرات الدراسة
١٢ - ٤٧	الفصل الثاني : الإطار النظري للدراسة
١٣ - ١٧	١ - الطب السلوكي و علم النفس الصحة
١٨ - ٢٠	٢ - الاضطرابات السيكوماتية
٢١ - ٢٧	٣ - المشقة
٢٨ - ٣١	٤ - الاكتئاب
٣٢ - ٣٣	٥ - القلق النفسي
٣٤ - ٣٩	٦ - العلاج السلوكي
٤٠ - ٤٣	٧ - الاسترخاء
٤٤ - ٤٧	٨ - العائد الحيوي

الموضوع	رقم الصفحة
الفصل الثالث :	٤٨ - ٨٠
الدراسات السابقة	
١ - الدراسات السابقة التي تناولت الدراسات التي اهتمت بالاضطرابات النفسية المصاحبة لمرض السكر في ضوء بعض متغيرات الشخصية	٤٩ - ٥٩
٢ - الدراسات السابقة التي تناولت التدخلات النفسية بواسطة العلاج السلوكي والنفسى في علاج الاضطرابات النفسية المصاحبة للسكر	٦٠ - ٧٤
٣ - التعليق على الدراسات السابقة	٧٥ - ٨٠
الفصل الرابع:	٨١ - ١٠٢
إجراءات الدراسة	
١ - فروض الدراسة	٨٢
٢ - عينة الدراسة	٨٣ - ٩٠
٣ - إجراءات الدراسة	٩١ - ٩٥
٤ - أدوات الدراسة	٩٦ - ١٠٢
الفصل الخامس :	١٠٣ - ١٤٠
مناقشة نتائج الدراسة	
١ - تفسير الفروض و التحقق منها	١٠٤ - ١٢٢
٢ - مناقشة نتائج الدراسة	١٠٤ - ١٢٢
مراجع الدراسة	١٢٣ - ١٤٠
أ - المراجع العربية	١٢٣ - ١٢٦
ب - المراجع الأجنبية	١٢٧ - ١٤٠
ج - ملاحق الدراسة	I-XI

فهرست الجداول الواردة بالعمراسة

الجدول	رقم الصفحة
جدول رقم ١ يوضح المحاور التشخيصية المتعددة ، كما وردت في دليل الجمعية الأمريكية للطب النفسي عام ١٩٨٠	١٩
جدول رقم ٢ يوضح الفرق بين مدرسة التحليل النفسي و مدرسة العلاج السلوكي	٣٥
جدول رقم ٣ يوضح توزيع أفراد و عينة مرضى السكر على متغير العمر	٨٤
جدول رقم ٤ يوضح توزيع أفراد عينة مرضى السكر على متغير الجنس	٨٥
جدول رقم ٥ يوضح توزيع أفراد عينة مرضى السكر على متغير المستوى التعليمي	٨٥
جدول رقم ٦ يوضح توزيع أفراد عينة مرضى السكر على متغير المسكن	٨٥
جدول رقم ٧ يوضح توزيع أفراد عينة مرضى السكر على متغير الحالة الاجتماعية	٨٦
جدول رقم ٨ يوضح توزيع أفراد عينة مرضى السكر على متغير المستوى الاقتصادي	٨٦
جدول رقم ٩ يوضح توزيع أفراد المجموعة الضابطة على متغير العمر	٨٨
جدول رقم ١٠ يوضح توزيع أفراد المجموعة الضابطة على متغير الجنس	٨٨
جدول رقم ١١ يوضح توزيع أفراد المجموعة الضابطة على متغير المستوى التعليمي	٨٩
جدول رقم ١٢ يوضح توزيع أفراد المجموعة الضابطة على متغير المستوى الاقتصادي	٨٩
جدول رقم ١٣ يوضح توزيع أفراد المجموعة الضابطة على متغير المسكن	٨٩
جدول رقم ١٤ يوضح توزيع أفراد المجموعة الضابطة على متغير الحالة الاجتماعية	٩٠
جدول رقم ١٥ يوضح المتوسطات الحسابية و الانحرافات المعيارية للمجموعتين على مقياس العصائية	١٠٤
جدول رقم ١٦ يوضح المتوسطات الحسابية و الانحرافات المعيارية للمجموعتين على الانبساطية	١٠٥
جدول رقم ١٧ يوضح المتوسطات الحسابية و الانحرافات المعيارية للمجموعتين على مقياس الذهان	١٠٦
جدول رقم ١٨ يوضح المتوسطات الحسابية و الانحرافات المعيارية للمجموعتين على مقياس الكذب	١٠٦
جدول رقم ١٩ يوضح المتوسطات الحسابية و الانحرافات المعيارية للمجموعتين على مقياس قلق الحالة	١٠٧

١٠٩	جدول رقم ٢٠ يوضح المتوسطات الحسابية و الانحرافات المعيارية للمجموعتين على مقياس قلق السمة
١١٠	جدول رقم ٢١ يوضح المتوسطات الحسابية و الانحرافات المعيارية للمجموعتين على مقياس اكتئاب الحالة
١١٢	جدول رقم ٢٢ يوضح المتوسطات الحسابية و الانحرافات المعيارية للمجموعتين على مقياس اكتئاب السمة
١١٣	جدول رقم ٢٣ يوضح المتوسطات الحسابية و الانحرافات المعيارية للمجموعتين على مقياس العصائية
١١٤	جدول رقم ٢٤ يوضح المتوسطات الحسابية و الانحرافات المعيارية للمجموعتين على مقياس حالة القلق
١١٥	جدول رقم ٢٥ يوضح المتوسطات الحسابية و الانحرافات المعيارية للمجموعتين على مقياس سمة القلق
١١٧	جدول رقم ٢٦ يوضح المتوسطات الحسابية و الانحرافات المعيارية للمجموعتين على مقياس اكتئاب السمة
١١٩	جدول رقم ٢٧ يوضح المتوسطات الحسابية و الانحرافات المعيارية للمجموعتين على اكتئاب الحالة
١٢٠	جدول رقم ٢٨ يوضح المتوسطات الحسابية و الانحرافات المعيارية للمجموعتين على مقياس نسبة الجلوكوز بالدم

ملحق البحث.

رقم الصفحة	الملحق
I-II	ملحق رقم (١) استفتاء تقييم الذات STA I الصورة (س-١)
III-IV	ملحق رقم (٢) استفتاء تقييم الذات STA I الصورة (س-٢)
V	ملحق رقم (٣) مقياس العصائية اختبار ايزنك للشخصية E . P . Q
VI-IX	ملحق رقم (٤) اختبار D للاكتئاب من بطارية جليفورد للشخصية
X-XI	ملحق رقم (٥) مقياس د BDI للاكتئاب (بيك ، BECK)

الفصل الأول

مدخل الى الدراسة

١. مقدمة الدراسة
٢. مشكلة الدراسة
٣. أهمية الدراسة
٤. متغيرات الدراسة

مقدمة الدراسة

ان الجسم والعقل وحدة لا تنقسم ، فيتوقف حدوث الكثير من الأمراض العضوية علي عوامل انفعالية جنباً الي جنب مع العوامل البدنية ، فالإنسان وحدة من العقل والجسم معا ، وانفعالاته ما هي إلا ظواهر فيزيقية ، كما أن كل تغير فسيولوجي له مقابل سيكولوجي (٨ : ١٥) * .

وهناك منذ فجر التاريخ الأدلة الدامغة علي تأثير النفس علي الجسم ووظائفه ، فالعلاقة بين الاثنين قديمة قدم الزمان ، قدم تاريخ الفكر الإنساني و تأمله لسلوكه ، ولسلوك الآخرين من حوله (٣١ : ١٢) .

إذ يرجع اثر العوامل النفسية في الجسم الي زمن بعيد فقد اشار ، بريل A.A. Brill الي ان هيبوقراط Hippo Crates " أبو الطب " قد نادى وطالب الأطباء ان يسلموا بكليات الامور حتي يستطيعوا ان يحققوا شفاء مرضاهم، كما استطاع ابو الطب كذلك شفاء برديكاس ملك مقدونيا من مرضه الجسيمي ذلك عن طريق تحليل وفهم أحلامه (٣١ : ١٤) .

وهناك محاولات كثيرة لكثير من العلماء والفلاسفة والمفكرين والأطباء تستهدف جميعها لتناول موضوعي الجسم والنفس من منظور تكاملي أو مترادف في بعض الأحيان ، تدليلا علي وحدة هذا المكون وهذا الانسان ، ولعل من ابرز هؤلاء العلماء والأطباء " هو انج تي " إمبراطور الصين الذي أشار ان الإحباط قد يصيب الناس بأمراض عضوية وسورانوس وسيليوس اللذان مارسا العلاج النفسي في روما لتخفيف ما كان يعانيه مرضاهم من آلام وأمراض جسمية ، وفي العصور الوسطي استطاع بلانتر Blanter عام ١٧٧٢ أن يبتدع نظرية جديدة تسمى بالنظرية الفسيولوجية شارحا ان النفس والجسد وحدة لا يمكن ان تتحل إلا بتحليل الجسد (٨ : ١٩) .

* حيث يشير الرقم ٨ الي رقم المرجع في قائمة المراجع كما يشير الرقم ١٥ الي رقم الصفحة

إلا أن العصر الحديث لم يخل من تدعيم فكرة إسهام العوامل الانفعالية في أحداث اضطرابات عضوية ، فقد بدا كانون Cannon دراسات تناولت النظام السمبثاوي والتي اتضحت من خلالها فكرة المشقة Stress ، وقد اتسعت هذه الفكرة لتشمل النظام الهرموني لدى سيلبي selve في نظريته زملة أعراض التكيف^١ العام والتي تم تعديلها بواسطة ولف Wolf لتشمل الفروق الفردية في الاستجابة تبعاً لتكوين الشخصية وبنية الجسم.

ثم ظهر بعد ذلك هذا المفهوم علي أيدي الباحثين المهتمين بدراسة مجال السيكوفسيولوجي مثل لاسي Lacey (١٤٤ : ٣٢) .

يتضح من خلال هذا العرض المبسط الذي تناول علاقة الجسم بالنفس أن دراسة هذه العلاقة قد شغلت الكثير من العلماء الفلاسفة والأطباء ، وأن اتخذت هذه الدراسات أشكالاً عديدة ، فمن الآراء والأفكار النظرية التي الدراسات التطبيقية العملية ، ولعل هذا ما هو متمثل في موضوع دراستنا الحالية ، الذي يتناول أثر العوامل النفسية علي الاضطرابات العضوية أو بمعنى آخر أثر التدخلات النفسية في احتواء وعلاج الاضطرابات النفسية المصاحبة لمرض السكر في ضوء بعض متغيرات الشخصية .

ويندرج مرض السكر تحت فئة أكثر عمومية وهي الاضطرابات الغدية ويحتوي هذا النمط من الاضطرابات علي تضخم الغدة الدرقية وما يصاحب ذلك من فقدان الاتزان الغدي وزيادة إفراز الغدة الدرقية والسمنة^٢ والنحافة . وأخيراً اختلال عمليات الهدم^٣ والبناء وعندها يحدث خلل في غدة البنكرياس نتيجة لقصور في عمل الأجهزة المناعية^٤ نتيجة لتعرض الفرد لقائمة من المشقة بمختلف تأثيراتها ، الأمر الذي قد ينتهي باضطراب مستوي الجلوكوز بالدم المعروف باسم السكر (١٥١ : ٣٧) والذي يعتبر من المشكلات الصحية ذات الانتشار الواسع علي مستوي العالم . ولمرض السكر نمطين ،

^١General Adaptation Syndrome(GAS)

النوع الأول وهو سكر الأطفال ويعتمد في علاجة علي الأنسولين ويصيب المرضي تحت سن ٢٥ سنة ويرجح ان يكون سبب الإصابة وجود خلل مناعي - بمعنى ان الخلايا المسئولة عن الدفاع عن الجسم ضد غزو الميكروبات او الأجسام الغريبة صارت تهاجم الجسم نفسه وبالتالي يحدث تغير لغدة البنكرياس ، ومن ثم يعجز عن إدرار وإفراز هرمون الأنسولين لحرق كميات السكريات الموجودة بالجسم واللازمة لاستصناع الطاقة ومن ثم تحدث الإصابة . وهذا النوع من السكر يصيب ١ من كل ٤٠٠ فرد (٩٨ : ٦٤) .

والنوع الثاني من السكر عادة ما يظهر في سن متأخر أي بعد منتصف الثلاثينات وأوائل الأربعينات ويستجيب للعلاج بالأدوية المخفضة للسكر (٩٨ : ٥٤) .

ومنذ فترة طويلة والمجتمع العلمي الطبي يحظر علي مرضي السكر ، الحلويات والكحول والدهون ، وحتى عهد قريب جدا كان قلة الأطباء يدركون الدور الذي تلعبه التوترات النفسية في التآرجح بين كميات السكر القليلة والكثيرة في الدم (١١٧ : ٢٣) .

وعندما بدأ الباحثون يرقبون هذا الارتباط وجدوا ان التوتر النفسي والاكتئاب هو العلة الممرضة فسي كثير من الأمراض المرتبطة باضطراب المناعة الذاتية التي تؤثر علي الجوانب الفيزيولوجية من المرض وعلي طواعية المريض، وتدل الدراسات الإكلينيكية والمخبرية علي ان التوتر والقلق النفسي لهم دور بارز في ظهور السكر (٤٣ : ١٨) .

كما يري دانييل كوكس من جامعة فرجينيا بقسم أبحاث مرض السكر وجود علاقة مباشرة بين مقدار الشدة والتوتر النفسي من جهة وضبط مستوي السكر بالدم من جهة أخرى ، فعند الشخص المتمتع بصحة جيدة يتحول الطعام الي سكر ومن ثم يحمل الي خلايا الجسم بواسطة الدم حيث يحوله الأنسولين الي طاقة ويظهر مرض السكر عادة عندما تختل وظيفة البنكرياس المنتجة للأنسولين ، فينتقص إنتاجها من الهرمون وبالتالي لا يحترق السكر في الدم احتراقا كافيا ، فيتراكم في الدم مشكلا ما نسميه فرط سكر الدم الذي يسبب في النهاية الموت بما يسمى غيبوبة السكر (٨٩ : ٥٣) .

ويري Lust man - Pi (لاست مان) عام ١٩٩٧ ارتباط السكر بالاضطرابات الوجدانية ، فقد أجرى بحث للوقوف علي مستوى الاكتئاب عند مرضي السكرى وإفادات الدراسة ان الاكتئاب كان بين التشخيصات المؤكدة لهؤلاء المرضى مستندا للتصنيف الثالث المعدل للجمعية الأمريكية^{١١} للطب النفسي ١٩٨٧ (١٠٠ : ٢٥) .

كما تؤكد دراسة Jacobson عام ١٩٩٧ تأثير الاضطرابات النفسية علي نوعية الحياة لمرضي المصابين بالسكري، ومن أمثلة هذه الاضطرابات : القلق النفسي ، الاكتئاب الإحباط ، الانطواء الاجتماعي (٩٠ : ١١) ويحاول الباحث في هذه الدراسة استخدام العلاج السلوكي عن طريق الاسترخاء والعائد الحيوي في احتواء وعلاج الاضطرابات النفسية والانفعالية المصاحبة لمرض السكر في ضوء بعض المتغيرات الشخصية .

مشكلة الدراسة :-

الموضوع الرئيسي للدراسة الحالية يتناول مشكلتين فرعيتين أحدهما يتسائل عن : ما هي الاضطرابات الانفعالية المصاحبة أو المترتبة للإصابة بمرض السكري وتفسير هذه الاضطرابات في ضوء بعض متغيرات الشخصية ؟. وثانيهما يتسائل عن : ما هو دور التدخلات النفسية ممثلة في العلاج السلوكي بطريقتي الاسترخاء استخدام العائد الحيوي لاحتواء وعلاج هذه الاضطرابات النفسية المصاحبة أو المترتبة علي الإصابة بمرض السكر ؟ .

وقد تناولت دراسة نابيبوف Nabiboff عام ١٩٨٢ إمكانية تشخيص الاضطرابات النفسية المصاحبة لمرض السكر باستخدام بطارية منسيوتا متعددة الاوجة للشخصية MMPI وخلصت الدراسة الي ان الاكتئاب والقلق النفسي والإعياء المرضي من بين الاضطرابات النفسية المصاحبة لمرض السكر (١١٣ : ٣٧).

كما حاولت الدراسة Alba - perez عام ١٩٨٥ ان تفسر وتشرح العوامل النفس - اجتماعية المصاحبة لمرض السكر وذلك بالاستعانة باستبيان تحليل الذات لكاتيل R. Cattle's self - anlysine questionnire بالإضافة الي المقابلات الإكلينيكية وقد افاضت الدراسة الي ان مرضي السكر كانوا اكثر قلقاً ووسواساً وفصاماً من مجموعة الأسوياء (٤١ : ٣٥).

كما ان دراسة شيمبرج Schaumburg عام ١٩٨٨ تعد دراسة مهمة في الميدان حيث قامت بتقويم العصائية وتقبل المرض وسوء الوظيفة الجنسية عن طريق اختبار أيزنك للشخصية ومقياس قبول المرض DAS ومقياس سوء أداء الوظيفة الجنسية (١٢٦ : ٢٦)

أو انتهت الدراسة الي ان مرضى السكر يعانون من العصبية الجنسية و سوء أداء الوظيفة الجنسية.

ودراسة ميلتون Milton عام ١٩٨٩ والتي تناولت اثر العلاج النفسي المختصر للمرضى المصابين بالسكري فقد أفادت الدراسة بان العلاج النفسي استطاع ان يؤثر علي الاضطرابات الانفعالية التالية علي الإصابة بمرض السكري تأثير إيجابيا (١١١ : ٨).

ودراسة لان Lane والتي نشرت في عام ١٩٩٣ بعنوان الاسترخاء و علاج السكر فقد انتهت الي ان الاسترخاء و ممارسته ، من شأنه ان يساعد مرضى السكر عن طريقين :

الأول: تحسين الاضطرابات الانفعالية المصاحبة لمرض السكر.

والثاني : فانه بناء علي تحسين الوظائف النفسية واضطراباتهما ، أمكن مساعدة مرضى السكر للتحكم الانفعالي و بالتالي التحكم في نسب الجلوكوز بالدم . (٩٤ : ٢٠).

وفي بحث ماكويد Mccowiad عام ١٩٩٩ طريقة أخرى للتدخلات العلاجية لمساعدة مرضى السكري ، وذلك باستخدام العائد الحيوي Bio feed back باستخدام تقنية E M G واستطاع الباحث ان يدرب المرضى باستخدام هذا الأسلوب للتغلب علي التوتر ومراقبة درجات الاسترخاء مما اسهم مباشرة في تحسين وعلاج الاضطرابات الانفعالية المترتبة والمصاحبة للإصابة بالسكري (١٠٨ : ٣٧).

أهمية الدراسة :

تستمد الدراسة الحالية أهميتها من النقاط الآتية :-

- ١- تشير الإحصاءات ان ما يقدر بحوالي ١٨٠ مليون مريض في أنحاء العالم يعانون من مرض فرط السكر.
- و يعتقد ان الرقم السابق في تزايد مستمر ومن المحتمل عام ٢٠٠٥ ان يصل الي ٢٢٠ مليون نسمة وحوالي ٧٠ مليون نسمة معرضين للإصابة (١٣٩ : ٦٢).
- ٢- قلة الدراسات العربية التي تناولت العلاقة بين العوامل السيكلوجية والعوامل البدنية ممثلة في مرض فرط السكر .
- ٣- النمط الثاني من اضطراب السكر غالبا ما يصيب الأفراد من سن ٣٠ فما فوق وهي سن إنتاجية ومساعدتهم سيكولوجيا وتقديم العون النفسي لهم ولذويهم للتغلب علي هذه المشكلة الصحية إنما يعني الاستفادة منهم في رفع معدلات الإنتاج والتنمية.
- ٤- ولان مرض السكر مرض مزمن ويستمر مع المريض منذ اصابته حتى مماته ، فالأعراض الجانبية للمرض تمثل مشكلة صحية غاية في الخطورة ، ففي الحالات المتأخرة من الإصابة بالسكر يحدث تلف في شبكية العين وقد يؤدي ذلك للعمي ، وتلف الكلي والأعصاب وضغط الدم والقدم السكرية (٧٢ : ١٥) ومن هنا وجب الاهتمام بهذا الاضطراب لما يمثله من مشاكل صحية علي درجة كبيرة من الخطورة .
- ٥- ومن الناحية السيكلوجية أوضحت الدراسات وجود علاقات ارتباطية دالة بين الإصابة بمرض السكر وبين ظهور حالات نفسية مصاحبة للإصابة أو تالية أو سابقة عليها مما ينتج عنها تدهور في نسب الجلوكوز بالدم والتحكم فيه (١٥٠ : ١٣٩) .

أهداف الدراسة:-

تهدف الدراسة الحالية الي:-

١ - تقويم دور التدخلات النفسية (العلاج السلوكي) باستخدام العائد الحيوي لتحقيق الاسترخاء في التخفيف من المصاحبات النفسية لمرضي السكر والمحددة بالقلق والاكتئاب في ضوء بعض متغيرات الشخصية .

٢ - التحقيق من مدى إمكانية نجاح التدخلات النفسية (العلاج السلوكي) في تخفيض مستويات الجلوكوز بالدم .

متغيرات الدراسة :-

Diabetes Mellitus

١ - مرض فرط السكر

أ : التعريف الطبي

تعريف كانون، Canoner

مرض السكر هو اضطراب مزمن في عملية التمثيل الغذائي يتسم بارتفاع نسبة تركيز الجلوكوز في الدم ، والمسئول عن ذلك الارتفاع هو النقص المطلق أو النسبي للأنسولين (٦٩ : ١٥) حيث يعجز الجسم عن تصنيع أو استخدام الأنسولين بشكل مناسب وعلي اعتبار ان الأنسولين هو الهرمون الذي يفرزه البنكرياس والذي يتحكم في تحويل السكر والكربوهيدرات الي طاقة ، فانه عندما يحدث اضطراب وظيفي للأنسولين يزداد الجلوكوز في الدم ويظهر بالبول كذلك .

ب - التعريف السيكولوجي :

يعتبر مرض السكر أحد الاضطرابات الجسمية الحقيقية والتي تسهم العوامل السيكولوجية بدور هام في بداية الإصابة بها أو في تفاقم الحالة المرضية للفرد . وهذا التعريف وفقا لما ورد بقائمة التصنيف التشخيص (DSM . III,R, 1987).

Depression

٢ - الاكتئاب

خبرة وجدانية ذاتية أعراضها الشعور بالانقباض والحزن والضيق واليأس والتوتر والرغبة في إيذاء المرء لنفسه وعدم القدرة علي بذل الجهد وعدم الاهتمام واللامبالاة وعدم الاستمتاع بمباهج الحياة كما كان يدركها ويحس بها من قبل . (١٨ : ٢٥) .

Neuroticism

٣ - العصبية

هي عدم الاتزان الوجداني أو الانفعالي الموروث والذي يهيئ الشخص ويجعله مستعدا لتكوين أعراض عصبية عند التعرض للضغط (٢ : ٧) .

هو طريقة ابتكرها واستخدمها العالم Gacobson ، ويتيح للمريض ان يتدرب علي اراحة عضلاته ، فالاسترخاء التدريجي للعضلات يؤدي الي زوال الآثار التي يخلفها النشاط الذهني وتتركها الاضطرابات الانفعالية من آثار ويؤدي الي تلاشيها بصورة تدريجية (١٣ : ١٢).

٥ - القلق النفسي Anxiety

يري شيلبرجر ان القلق النفسي ظاهرة وجودية فالإنسان عليه ان يعيش القلق النفسي لان وجوده غير ذاته وهو لذلك يفكر دائما في قلق ، واستجابة القلق إما تكون حادة أو مزمنة ويمكن تقسيم القلق إلي قسمين كبيرين هما قلق الحالة Anxiety state وقلق السمة Anxiety Trait الأولى يعبر عنها من خلال المواقف الحياتية اليومية كقلق الامتحان أو الانفصال أو الإصابة بالمرض - وقد تكون هذه الحالة مؤدية الي الإصابة بالمرض .

والثانية قلق السمة وهي اكثر استقرارا ووجوداً من القلق ويتم التغلب عليها بالعلاج النفسي العميق ويتصف من يتسمون بقلق السمة بان رتم وإيقاع حياتهم واحد تبدو عليه مظاهر الاضطراب في مناحي كثيرة تشمل العمل ، والمنزل . والأصدقاء والمؤسسات الاجتماعية (٧ : ٢٥).

Behavioral therapy

٦ - العلاج السلوكي

هو نوع من العلاج النفسي يقوم علي نظرية الاشتراط ويعتبر هذا النوع من العلاج ان الاضطرابات الانفعالية هي قضايا تخص التعلم وعلاجها أو حل المشاكل الانفعالية يكون بتصحيح التعلم وبالجوء الي طرق التعلم المعروفة و هي أنواع كثيرة كالعلاج الفيزي والعلاج المنفر والكف المتبادل والانعكاس الشرطي والعلاج بتقليل الحساسية وقد يستخدم الاسترخاء والعائد الحيوي كأساليب علاجية فعالة . والعلاج السلوكي كغيرة من العلاجات قد يؤدي في طرائق استخدامه شفاء نسبة من المرضى في حالات دون حالات وما تزال مع تلك الحالات الكثيرة التي يمكن استخدام العلاج السلوكي تتزايد ويثبت فاعليتها حسب مهارة المعالج ومن هذه المجالات :- العادات كالوازم ، ومص الإبهام ، والتهته والتدخين واضطرابات الشخصية كاللواط والإدمان علي الكحول والعقاقير والاستجابات العصبية كالقلق والوجدانية كالاكتئاب والاستجابات

الفسيزيولوجية كالتوتر المفرط وقرحة المعدة والربو وأمراض القلب والضغط والسكري وبعض أشكال الذهان (١٦ : ١٥).

Bio feed back

العائد الحيوي

ويقصد بأسلوب العائد الحيوي استغلال بعض الأدوات المخصصة لرصد وتسجيل عدد من العمليات الفيزيولوجية التي تتم عادة داخل جسم الإنسان وعلى غير وعي منه استغلال هذه الأدوات لعرض نتائج هذا التسجيل على مشاهد من الشخص بواسطة مبيّنات بصرية أو سمعية. (٢٨ : ١٧).

وبذلك يصبح الشخص منتبها لما يدور بداخله من عمليات فيزيولوجية لحظة بلحظة وعن طريق الملاحظة الدقيقة لما يصحب هذه العمليات من تغيرات شعورية (في مستوى القلق مثلا ، أو مستوى الشعور بالراحة والاسترخاء) يستطيع ان يربط بين حالته الفيزيولوجية وحالته السيكولوجية (٢٨ : ١٧).

الفصل الثاني

✶ ✶ ✶ ✶

الإطار النظري للدراسة

- الطوبى السلوكي وعلو النفس الصفة .
- ١- الاضرار ابادت السيكماتية.
- ٢- المشـــــــــــــــــقة
- ٣- الالتمــــــــــــاج
- ٤- القلــــــــــــــــق النفسي
- ٥- العلاج السلوكي
- ٦- الاســـــــــــــترخاء
- ٧- العائــــــــــــد العمومي

الطب السلوكي وعلم النفس الصحة

التعريف :-

ان مصطلح الطب السلوكي حديث العهد نسبيا ، وقد اشتق من تسميات عديدة من التقنيات والأنظمة العلاجية . أما المصطلحات السابقة التي حاولت توجيه الميدان الذي نسميه الآن بالطب السلوكي فقد تفاوتت في نسبة نجاحها في خلق دفع مشترك وتأثيرات علي ميدان خدمات العناية بالصحة .

ان كل ميدان من الميادين التي انبثق عنها الطب النفسي أسهمت إسهامات رئيسه في مجال الصحة ، ومع ذلك لم تكن في منأى عن الانتقاد العلني من جانب الناس العاديين ومن قبل أصحاب الاختصاصات في الميادين الأخرى كعلم النفس أو الاجتماع أو الطب النفسي .

ونحن لسنا بحاجة الان لتوجيه مثل هذا النقد مرة أخرى لان كل الميادين قد أسهمت في خلق علوم الصحة والسلوك ، كل ما يجب التركيز فيه هو توحيد الجهود وذلك باستباق مع الزمن لإيجاد نظام أكثر توحيدا وتكاملا يمكن من خلاله تقديم الخدمات والتدخلات السيكولوجية لخدمة المرضى المصابين باضطرابات عضوية وتساهم في تقديم أدوات بحثية وقياسية أكثر دقة في رصد المتغيرات السيكوفسيولوجية مع اقتراح الطرائق العلاجية المعتمدة علي نظريات علم النفس والعلاج النفسي والسلوكي لمواجهة هذه الاضطرابات العضوية (١٢ : ٢٥) .

ففي عام ١٩٧٧ عرف الطب السلوكي بالتعريف التالي :-

الطب السلوكي هو الميدان الذي يهتم بتطور وإنماء العلم السلوكي وكذلك المعرفة والتقنيات المتعلقة أو المرتبطة بالصحة البدنية والمرض وتطبيق هذه المعرفة وتلك التقنيات في مجالات الوقاية والتشخيص والعلاج وإعادة التأهيل (١٢ : ١٨) وفي الوقت الذي نجد ان هذا التعريف يتضمن كلمة "الطب" وينظر إليه بمعنى محدد يطرح ذاته علي أساس نموذج طبي تقليدي ضيق النطاق ، فهناك العديد من المناقشات التي تؤكد إمكانية تطبيق الطب السلوكي بنجاح ولكن بمنظور أوسع في ميدان الطب والأمراض بوجه عام (١٢ : ١٦) .

امسا بوميرلو Pomerleau وبرادى Brady عام ١٩٧٩ فقد استخدموا هذا المصطلح " اى الطب السلوكي" لوصف الأنواع المختلفة من التدخلات العلاجية والأبحاث في المشكلات الطبية والنفسية الفيزيولوجية - رغم نظرتهم لتعريفهما علي أساس تجريبي لاعتقادهما ان الطب السلوكي مازال في طور التفكير المتطور ولم يستقر بعد علي أبعاد ثابتة .

ومن ناحية أخرى يرى استروبل Strobel (١٩٧٩) ان الأخصائيين في الطب السلوكي يستخدمون تقنيات متنوعة منسقة فيما يسمى بالتنظيم^٢ الذاتي العلاجي ، الأمر الذي يحفز المرضى علي الإسهام والمشاركة في أساليب العلاج لكي يشاركوا في المسؤولية الفردية لحياتهم اليومية في أوقات الصحة والمرض .

وهناك عددا من الأفرع ذات الصلة بالطب السلوكي بعضها متصل بعلم الاجتماع والبيولوجي وعلم السلالات والرياضيات والعلوم الإلكترونية إضافة الي علاجات البدن والاتجاه التقليدي وغير التقليدي لتناول فهم وتشخيص و علاج الأمراض العضوية وهي علي الوجه التالي :-

١ -الطب الوقائي^١ يشمل الطب الوقائي والعناية بالصحة في تركيزهما علي المحافظة العامة علي الصحة واستخدام البرامج الوقائية او المبدلة لنمط الحياة بغرض تعديل السلوك الذي يؤثر بدوره علي الصحة .

٢ - الطب السيكوسوماتي :-

يعود هذا الطب وممارسته بجذوره التفاعلات بين الوظائف الحيوية والعمليات الترميزية او الاشعورية وينظر الي تأثير الحالات الانفعالية أو الاستجابات الناجمة عن التوتر في خلق الأعراض السوماتية و المرض علي إنها من الأسباب المهمة لإحداث اضطرابات ومن المعروف ان التحليل النفسي في تركيزه علي الأعراض البدنية ودراسته لها اعتمادا علي الصراعات النفسية كان في واقع الأمر مستند الي أرضية خلفية سيكاثيرية وما ان اتسعت آفاقه وأهدافه حتى بدأ مؤيدوه في أدراك العناصر النفسية المسببة لجميع سمات المرض البدني واضطراباته واقتنعوا ان

^١preventive Medicine

ممارسة الطب يمكن ان توجه بمجال أوسع علي المستوى النظري لصالح الطب السوماتي النفسي (١٢ : ١٣) .

٣ - علم النفس الطبي^٢ :-

يعرف راكمان Rachman (١٩٧٧) علم النفس الطبي علي انه : تطبيق المفاهيم والطرق النفسية علي المشكلات الطبية . ويقرر ماسير Masur (١٩٧٩) ان علم النفس الطبسي هو ميدانا لتطبيقات مبادئ و اساليب علم النفس في مجال الصحة المرض الجسمي (٢٢ : ١٢) .

٤ -التغذية الحيوية^٣ :-

يعتبر هذا العلاج السلوكي منحي علاجي يندرج ضمن استخدامات عريضة وواسعة ولكنه لا يعد اختصاصا منفصلا يقوم بمفرده وينهض بنفسه مستقلا من غيره ويعرف بأنه استغلال بعض الأدوات المخصصة لرصد وتسجيل عدد من العمليات الفيزيولوجية التي تتم عادة داخل جسم الإنسان وعلي غير وعي منه ، استغلال هذه الأدوات لعرض نتائج هذا التسجيل علي مشاهد من الشخص بواسطة معينات بصرية أو سمعية أو كلاهما وبذلك يصبح الشخص منتبها لما يدور بداخله من عمليات فيزيولوجية لحظة بلحظة ، وعن طريق الملاحظة الدقيقة لما يصحب هذه العمليات من تغيرات شعورية (في مستوى القلق مثلا ، أو مستوى الشعور بالراحة والاسترخاء) يستطيع ان يربط بين حالته الفيزيولوجية وحالته السيكلوجية (٢٨ : ١٧) .

^٢Medical Psychology

^٣Bio feed back

٥-الصحة الكلية^١:

هو منحي علاجي غير تقليدي ينظر الي الإنسان ككل وليس كأجزاء منفصلة ، ويركز علي الميول التي تزيل من الإنسان إنسانيته في الأساليب التكنولوجية الطبية ويدين الممارسات التي تلحق اعتلالاً بالشخصية في مجال العناية بالصحة .

لذا فان هذا الاتجاه يؤمن بان الطب يجب ان يكون " كلياً " ويتعين عليه ان يهتم بكامل وظائف الإنسان ، ويركز الطب الكلي علي أهمية تقويم الفرد بكليته في تعامله مع قيم نموذج الحياة والنواحي البدنية والغذائية والبيئية والانفعالية والروحية إضافة الي استخدام الأساليب الطبية القديمة (١٢ : ٣٥) .

علم النفس الصحي^٢ :-

وهو أحدث من الطب السلوكي وعلم النفسي الطبي ، وقد تم توسيعه فشغل قسماً من تنظيمات الجمعية الأمريكية النفسية APA منذ فترة وجيزة بهدف تجميع علماء النفس المهتمين بدراسة الصحة والعناية بالصحة ، ويؤمن اتباع هذا العلم الجديد انه سيكون له شأن كبير مستقبلاً ، لينتفوق علي الطب النفسي - والطب السلوكي ، والطب السوماتي ، ليشكل إطاراً لنظام علاجي رسمي ، إلا ان جودة ضمن اختصاصات علماء النفس الذين يقدمون الخدمات الصحية ، إضافة ان مجالاته هي إطار البحث الأكاديمي ، يحمل علي الشك في انه سيصبح اختصاصاً قائماً في مجال العناية بالصحة (١٢ : ٢٢) .

أما برووم Broome, A. (١٩٨٩) فيرى ان علم نفس الصحة يقدم التناول الأمثل لصحة الفرد من خلال ثلاث محاور رئيسية تحدد طبيعة هذا التناول يشير أولها الي ضرورة إشراك العامل النفسي كعامل خطر يجب النظر إليه بعين الاعتبار عند تقدير أسباب المرض^٣ ويختص المحور الثاني بدراسة ظاهرة التزامن^٤ بين العمليات النفسية والمشكلات الصحية التي يعاني منها الفرد ،

^١Holistic Health

^٢Health Psychology

^٣Aetiology

^٤Concurrence

وَيَتَعَلَقُ الْمَحَوْرُ الثَّالِثُ بِالْجُهْدِ الَّتِي تُبْذَلُ لِأَجْلِ تَطْوِيرِ وَزِيَادَةِ دَقَّةِ وَكْفَاءَةِ
الْوَسَائِلِ وَالْأَسَالِيْبِ الْمِيْكُولُوْجِيَّةِ بِهَدَفِ عَمَلِيَّاتِ التَّشْخِيصِ وَالتَّاهِيْلِ
وَالْعِلَاجِ (٢١ : ٦١).

الاضطرابات السيكوسوماتية^١

ظهر مصطلح الاضطرابات السيكوسوماتية في ثوب جديد عام ١٩٥٢ عند بداية ظهور وصدور الدليل التشخيصي الإحصائي الأول DSM I لجمعية الطب النفسي الأمريكي فسميت هذه الفترة بردود الفعل السيكوفسيولوجية^٢ ويشير كابلان Kaplan إلى ردود الفعل السيكولوجية وفقاً لتعريف جمعية الطب النفسي الأمريكي هي أعراض ناشئة عن حالة شديدة ومزمنة من التغيير الفسيولوجية للانفعال.

ولم يختلف ذلك المصطلح في دليل التشخيص الثاني عام ١٩٦٨ عدا استخدام مصطلح اضطرابات disorders بدلا من ردود الفعل reactions (١٣٩ : ٣٣) .

أما التصنيف الإحصائي الثالث DSM III عام ١٩٨٠ لجمعية الطب النفسي الأمريكية فقد اختلف تماما عن التصنيفين الأول والثاني حيث الغي استخدام مصطلح اضطرابات أو ردود الأفعال السيكوفسيولوجية السابق استخدامها ، وظهرت فئة العوامل السيكوفسيولوجية المؤثرة على الحالات الجسمية.

Psycho Physiological factors affecting physical conditions (٢١ : ١٣٩)

تلاه بعد ذلك التصنيف الإحصائي الثالث المعدل DSM III R ١٩٨٧

والذي أضاف بعض المعايير الجديدة ليقوم على أساسها التشخيص Diagnosis

مثل الأعراض السابقة للمرض - التكيف قبل بداية المرض - مدة سير المرض - احتمال تطور المرض - انتشار المرض - الفروق الجنسية (٨٦ : ١٧) .

وفئة العوامل السيكولوجية المؤثرة في الحالات الجسمية يمكن استخدامها لأي حالة جسمية تساهم فيها العوامل السيكولوجية وأنه يمكن استخدامها لوصف الاضطرابات التي أشير إليها في الماضي بكل من السيكوسوماتية أو السيكوفسيولوجية .

^١Psycho-Somatic Medicine

^٢Psycho-Physiological Reactions

ويشير ويرى werry (١٩٨٦) إلى وجود عدد من المحكات التشخيصية لتلك الفئة من العوامل
السيكولوجية المؤثرة في الحالات الجسمية كما وردت بالتصنيف الإحصائي الثالث DSM III
وهي

١- المثبرات البيئية ذات المغزي السيكولوجي مرتبطة بشكل يتزامن مع بداية الإصابة بالحالة
الجسمية أو تطورها .

٢- الحالة الجسمية يكون لها اصل مرضي واضح (مثل التهاب المفاصل الروماتيزمي) أو
اصل فسيولوجي مرضي معروف (مثل الصداع النصفي والتقيؤ) .

٣- الحالة الجسمية لا تكون ناشئة عن اضطراب جسمي الشكل somatoform disorder
وهذا المحل التشخيصي وفقا لماورد بالتصنيف الحديث ١٩٨٠ DSM III (werry, j.86)
ومجموعة العوامل النفسية المؤثرة في الحالات الجسمية تقع علي المحور الثالث axis III-
للتصنيف الثالث المعدل . لجمعية الطب النفسي الأمريكية DSM III- R حيث ينقسم إلى
خمس محاور ، المحاور الأول والثاني والثالث تمثل التقسيم التشخيصي ، والمحوران الرابع
والخامس تمدنا بمعلومات إضافية تساعد علي استكمال التشخيص (٤٣ : ١٥٠) .

وجداول (١) يوضح لنا تلك المحاور التشخيصية المتعددة ، كما وردت في دليل الجمعية الأمريكية
للطب النفسي عام ١٩٨٠

المحور الأول (AXIS I)	زملة الأعراض الإكلينيكية السيكاتيرية
المحور الثاني (AXIS II)	اضطرابات الشخصية (لدى الراشدين) أو اضطرابات النمو (لدى الأطفال والمراهقين) وتشير إلى أي اضطرابات في توافق الفرد والتي لم تصنف في المحور الأول .
المحور الثالث (AXIS III)	الاضطرابات الجسمية وتشمل الاضطرابات الجسمية الحقيقية والتي ترتبط بعوامل سيكولوجية في بداية الإصابة بها أو يتزامن وجود هذه العوامل السيكولوجية مع تدهور الحالة الجسمية .
المحور الرابع (AXIS IV)	مسببات الانعصاب السيكوساجتماعية (وتشير إلى مصادر المشقة الحالية لفرد مثل الطلاق ، الإحالة للمعاش) والتي يمكن أن

<p>يكون لها إسهام في المشكلة السيكولوجية للفرد ومن ثم فإن تحديد مصادر المشقة (أحداث الحياة) تساعد القائمين بالعلاج في وضع خطة علاجية مساعدة للفرد في التخلص من هذه الضغوط أو مواجهتها بطريقة فعالة تقلل من تأثيرها السلبي عليه .</p>	
<p>أقصى مستوى لمدي توافق الفرد خلال السنة السابقة علي ظهور الاضطراب ، حيث حددت ثلاثة مجالات رئيسية لتقدير توافق الفرد هي العلاقات الاجتماعية - النشاط المهني - قضاء أوقات الفراغ (٢٠:٢٢)</p>	<p>المحور الخامس (<u>AXIS V</u>)</p>

المشقة

....

اصبح مصطلح المشقة STRSS مظلة للمناقشات التي تدور حول العوامل الانفعالية والسلوكية والمؤثرة علي الاضطرابات الجسمية ويشير ذلك لكل طريقة أو أسلوب تؤثر به الشخصية والسلوكيات والبيئة علي الإصابة بالمرض (١٢٤ : ٣٦).

ويرجع تاريخ الفكرة المعاصرة عن ارتباط المشقة بالصحة إلى عام ١٩٣٦ عندما قدمها هانز سيللي HANZ SELYE في تقرير موجز كان عنوانه زملة الأعراض الناتجة عن مختلف العوامل الضارة. (١٣٣ : ٣٤) .

وبدأت الزيادة المفاجئة في الاهتمام العام بالمشقة ، فقد بدأت الدراسات التي تبحث في كيفية تنظيم المخ لباقي وظائف الجسم ، و اكتشاف مجموعة من العلماء مثل والتر كانون WALTER CANNON وهانز سيللي و جون ماسون أن تعريض الحيوانات لأذى جسمي أو نفسي شديد يسبب بطريقة ما غير مباشرة إضعاف وظائف مجموعة كبيرة من الأجهزة الفسيولوجية كما يمكن أن يؤدي إلى الموت . كما أوضحت الملاحظات الإكلينيكية لستيوارت ولف و فرانز الكسندر - وارثر بيرسكي وآخرون أن هناك تغيرات مماثلة يمكن أن تحدث لأشخاص يواجهون مشكلات بحياتهم وبالتالي سيساهم ذلك في نمو أنماط معينة من الأمراض الجسمية وبداية من هذه البدايات المحدودة اتسع مفهوم المشقة والمرض بشكل ملحوظ خلال السنوات الماضية ليشمل بشكل مذهل العديد من مصادر المشقة Stressors والاضطرابات الجسمية والعقلية (٧٦ : ٢٢) .

كما أكدت لجنة خبراء الصحة العقلية في تقريرها عام ١٩٦٤ أن حجر الزاوية في كل الاضطرابات النفس جسمية هو المشقة بأنها قادرة على أحداث تغيير في الكائن الحي يعرف باسم الإجهاد أو العناء STRAIN أي أن المشقة عبارة عن أحداث تغيرات داخلية عن طريق الجهاز الابرأكي للكائن الحي (١٥ : ٣١) .

تعريف المشقة :-

علي حين يتفق كثير من العلماء والباحثين في المضمون العام للمشقة حيث يرون انه يعني عموما حدوث تغيرات سلوكية وجسمية يمكن ملاحظتها نتيجة للتعرض لمصادر الضغوط البيئية ، ألا أن هناك اختلافا كبيرا في تعريف مصطلح المشقة إذا انه من الملاحظ استخدام هذا المصطلح بطرق متبانية تماما ، وقد استخدم البعض مصطلح المشقة باعتباره مثيرا موضوعيا محايدا وعلي الشخص الاستجابة بطريقته الخاصة (٢٠ : ١٨) .

تعريف معجم كلية وبستر للمشقة بأنها ضغوط PRESSURE أو إجهاد STRAIN (٣٤:١٤) أما معجم ولمان للعلوم السلوكية ١٩٧٣ فقد عرف المشقة كحالة جسمية أو إجهاد نفسي ينتج عنه تغيرات في الجهاز العصبي الذاتي وان المشقة هي حالة ضغط تتغل كاهل الكائن الحي بمتطلبات عديدة (١٤٧ : ٣٦) .

ويشير حلمي حامد (١٩٩١) الى أن لفظ المشقة مشتق من كلمة إجهاد في علم الطبيعة وتعني في الطب قوة نفسية أو اجتماعية لا يستطيع الفرد أن يتحكم فيها وتؤدي إلى الصراع الانفعالي وخلل في الاتزان النفسي والфизиولوجي بالجسم ولو دامت لأنت إلى مرض عضوي (١٠ : ٣٨) .

كما عرف سوتر SUTER's (١٩٨٦) مصطلح المشقة بأنها: مجموعة التغيرات السيكوفسيولوجية الناتجة عن عوامل معينة مرتبطة بكل من البيئة و الكائن الحي وهي استجابة خاصة بالكائن الحي (١٣٣ : ٢٥) .

أما سيلى فقد استخدم مصطلح المشقة عام (١٩٧٦) لكي يضيف استجابة جسمية غير محدودة لأي مطلب (١٢٩ : ٦٢) .

أشار تايلور TAYLOR عام ١٩٨٦ أن المشقة هي عملية تقييم الأحداث (كالأذى، التهديد أو التحدي) .

و تقدير الاستجابات المحتملة لهذه الأحداث ، و الاستجابات قد تتضمن تغيرات فسيولوجية ،
انفعالية، معرفية، و سلوكية (١٣٥ : ٨٨).

_ أضاف ولمان WOLMAN عام (١٩٨٨) أن المشقة هي رد فعل الكائن الحي كمثير
ضار و مهدد وقد ينتج من البيئة الفيزيائية أو الاجتماعية للفرد (١٤٥ : ٦١) .
_وقد أشار لازاروس وكوهن LAZARUS AND COHEN عام (١٩٧٧) أن المشقة هي عبارة
عن تفاعل بين الفرد والبيئة (١٢٩ : ٦٠).

الاستجابة للمشقة : _

أن الاستجابات المحتملة للمشقة متعددة وقد تكون استجابات فسيولوجية أو معرفية ، وانفعالية
وسلوكية أو بعض هذه الاستجابات يكون عبارة عن ردود انفعالات لا إرادية للمشقة ،
(١٣٥ : ٣٢) .

أولاً : الاستجابات الفسيولوجية أكد سلّ لي علي دور القشرة الأدرينالية Adrenal cortex بينما
علي العكس أكد كانون (١٩١٥) علي دور الجهاز العصبي السمبثاوي (SNS) في ردود فعل الفرد
لأحداث المشقة (١٢٥ : ٥٥).

ويوضح تايلور ١٩٨٦ أن المشقة تسبب إثارة الجهاز العصبي السمبثاوي وبالتالي يؤدي نشاط
(SNS) إلى زيادة ضغط الدم ومعدل ضربات القلب والاستجابة الجلفانية للجلد ومعدل التنفس
ويستزامن نشاط (SNS) مع زيادة إفراز النخاع بالغدة الكظرية لهرمون كاتيكول أمين
CATECHOL AMINES وزيادة إفراز القشرة الكظرية لهرمون كورتيكو سترويد CORTICO
STEROID وخاصة الكورتيزول CORTISOL (١٣٥ : ٣٦) .

وقد أطلق كانون عام (١٩٣٠) علي رد الفعل الفيسيولوجي للمشقة والفعل المنعكس كقتال أو
هروب FIGHTOR OR flight Reflex وقد اطلق Hess W.R. عام ١٩٥٤ عليها اسم الفعل
المنكس المتجاوب للعمل Engatropic.R مما يعنى التحرك في الاتجاه العمل لكي يؤكد علي
أن هذه الاستجابات تزيد من استهلاك الطاقة (١٣٣ : ٣٧) .

أولاً الاستجابات المعرفية

يتضمن الاستجابات المعرفية للمشقة نتائج عملية تقييم الفرد للمشقة مثل اعتقادات الفرد الخاصة بدرجة ضرر أو تهديد الحدث و أسباب و درجة قابلية التحكم فيه ، و الاستجابات المعرفية تضمن أيضا استجابات غير إرادية للمشقة مثل شرود الذهن و عدم القدرة على التركيز و إضرابات الأداء على المهام المعرفية و الأفكار الاقترامية و التكرارية والمرضية (١٣٥ : ١٨).

و يشير ولمان (١٩٨٨) أن الفرد قد يصدر عنه نوعان من الاستجابات المعرفية للمشقة الشديدة – مجموعه استجابات الإنكار ومجموعه استجابات الاقتحام .

و تشمل المجموعة الأولى : تجنب غير واقعي لتقييم معنى الحدث المسبب للمشقة مثل موت الحبيب أو الإصابة أو الاغتصاب .

و تشمل المجموعة الثانية :عكس المجموعة الأولى على أفكار متكررة و خيارات للضرر الواقع من الماضي (١٤٧ : ١٢٢) .

ثانياً الاستجابات الانفعالية

الاستجابات الانفعالية المحتملة لإحداث المشقة على نطاق واسع و تشمل على سبيل المثال الخوف – القلق – الاستثارة – الإحراج – الغضب – الاكتئاب . . .

ثالثاً الاستجابات السلوكية

الاستجابات السلوكية للمشقة لا حد لها بشكل فعلي و تعتمد على طبيعة حدث المشقة Stressful event (١٣٥ : ١٩) .

المشقة و مرض البول السكري

اوضحت الابحاث الحديثة ان المشقة يمكن ان تؤثر على التحكم فى مرض البول السكري بطريقتين ، الاولى بشكل مباشر من خلال عملية الايض - و التى تتأثر بالمشقة ، و الثانية من خلال التأثير على السلوك لأن سلوكيات رعاية الذات Self Care behaviour قد ينخفض اداؤه خلال فترات المشقة (١٢٧ : ٢٢) ويشير كيمر وآخرون Kemmer-etal ١٩٨٦ ان هناك تغييرات ملحوظة تحدث فى الاستجابات الهرمونية و الذاتية عقب تعريض مريض السكر تجريبياً لمشقة حادة فى حين اشار جوندز - فريدريك وآخرون Gonder-fredrick et al ١٩٩٠ الى وجود فروق فردية فى استجابات جلوكوز الدم Glycemic control للمشقة. بعض المرضى يستجيبون للمشقة بشكل نموذجى و ذلك بظهور ارتفاع فى نسبة جلوكوز الدم بينما مرضى آخرون يستجيبون بشكل منفرد بانخفاض الجلوكوز فى الدم وآخرون لا يستجيبون على الاطلاق (١٢٠ : ٤٤).

هناك ايضاً عدد قليل من الابحاث اوضح ان هناك اساليب مواجهة Coping Methods تهدف الى التعامل مع المشقة ترتبط ببداية الإصابة بالمرض او تفاقمه Exacerbation بعد ذلك (١٣٦ : ٢٥-٢٧) . بالاضافة الى ذلك فإن استجابة جلوكوز الدم للمشقة قد تحدث فقط عندما يتبع الفرد اساليب معينة فى المواجهة ويتضمن ذلك الغضب ، نمط السلوك ، أ - المهارة الاجتماعية المنخفضة ، كما ان الاختلافات فى خصائص مصدر المشقة والحالة السالفة لمستوى الجلوكوز قد تمثل عوامل وسيطة فى تأثير المشقة على مستويات الجلوكوز فى الدم (١٢٠ : ٣٢).

و بوجه عام . اتخذت العلاقة بين المشقة و مرض السكري فى الأبحاث السيكولوجية ثلاثة أبعاد

١ - المشقة كسبب أو مثير للإصابة بمرض السكري.

٢ - المشقة كعامل مؤثر فى سير المرض Disease Course أو كنتيجة للإصابة بالمرض

٣ - مرض السكري كمصدر للمشقة As stressors (١٣٦:٨).

أولا المشقة كسبب أو مؤشر للإصابة بمرض السكري

بالرغم من توجيه نقد منهجي قاسى من العديد من الباحثين للملاحظات و الأبحاث التي اهتمت بالعلاقة بين أحداث المشقة و خاصة الأحداث بفقد شخص ما أو أزمة نفسية ما و بين الإصابة بالسكري ألا أن تلك الأبحاث لم تستطيع أن تحصل على اهتمام الرأي العام العلمي و الطبي آنذاك.

فعل سبيل المثال أوضح هوايت و آخرون White et al (١٩٨٠) وجود نسبة مرتفعة ارتفاعاً دال إحصائياً بين فقد الوالدين بسبب الموت أو الانفصال أو الطلاق لدى مجموعة من ٣٧ طفلاً تم تشخيصهم بعد ذلك بالإصابة بمرض السكري و ذلك مقارنة لمجموعة ضابطة من الأطفال المتماثلين مع أطفال المجموعة الأولى اجتماعياً وديموграфияً (١٣٦ : ٩).

ثانياً المشقة كعامل مؤثر في سير المرض أو نتيجة الإصابة بالمرض .

أن أحداث المشقة قد تتسبب في زيادة شدة أعراض المرض السكري وقد تؤدي إلى تفاقم الحالة المرضية أثناء سير المرض وذلك بواسطة الحاجة إلى إنتاج الأنسولين من خلايا بيتا B.cells التي تنسم بضعف قدرتها علي إنتاجه (١٣٦ : ١١) .

أوضح بولونسكي polonsky (١٩٩١) أن ارتباطاً بين ضبط جلوكوز الدم وبين الضغوط النفسية الخاصة بمرض السكري وان مثل هذه الضغوط النفسية Distress قد تحدث أثناء الاستجابة لأي من مختلف الأحداث الطارئة الشخصية الاجتماعية والبيئية ، وتؤدي إلى ظهور مشاعر الاكتئاب ، الغضب ، الإحساس بالقهر ، أو الإنكار ..

وقد بدأت الأبحاث المهمة بمصادر المشقة المرتبطة بمرض السكري عندما بدأ كوسب وكوس kosub and kosu (١٩٨٢) في وضع مقياس الأحداث المشقة المرتبطة بالسكري وقد اشتملت مع أحداث الحياة الكبرى (مثل اكتشاف الفرد انه مصاب بالسكري بالإضافة إلى المشاحنات اليومية (١٢٠ : ١) .

ثانياً مرض السكري كمصدر للمشقة :-

و قد بين كلٌ من فير كوفاكس وزملاؤه Kovacs (١٩٨٢) العوامل الموضوعية المرتبطة بالبول السكري وتسبب المشقة (مثل متطلبات السيطرة علي المرض ومضاعفاته) . وبين العوامل الذاتية (مثل المشكلات النفسية التي يفرضها مرض كالسكري علي الطفل أو المراهق أو الراشد وأسرته : كما أكد أن هناك بالطبع فروقا فردية في إدراك أو تقييم مدي مشقة أي من هذه العناصر .

وتشتمل متطلبات السيطرة علي المرض التي أشار إليها كوفاكس وفينبرج (١٩٨٢) (العديد من تعقيدات النظام الطبي المطلوب اتباعه للحفاظ علي حياة الطفل المريض بالسكري مثل حقن الأنسولين اليومية التي تسبب الألم و الإحساس بعدم الراحة أثناء مرور الطفل بعدة بعدة مهام مثل ، تعبئة الأنسولين ، قياس جرعة الأنسولين المناسبة ، الاستعداد لوضع الحقن و أخيراً أخذ الحقنة و اختلاف مكان أخذ الحقنة و الاحتفاظ بجدول مدون بجرعة الأنسولين ، تغيير الجرعة إذا كان ذلك ضرورياً وفقاً لتكامل المعلومات التي يتم الحصول عليها من اختبارات الجلوكوز في الدم بالإضافة إلى آثار النظام الغذائي الذي يتضمن أوقات وأنواع وكميات الطعام الواجب أن يتناولها مريض السكر . (١٣٥ : ٣٨) .

الاكتئاب Depression

عرف مرض الاكتئاب Depression منذ فجر التاريخ . وذكرت أعراضه في كتابات المصريين القدماء والإغريق والبابليين ، وعند العرب (ابن سينا) ، وفي ألوان الشخصيات المكتوبة التي وردت في مسرحيات شكسبير ، وأخيرا في قصص القرنين الثامن عشر و التاسع عشر الرومانسية ، أما الأبحاث العلمية التي تناولت هذا الاضطراب فيعود عهدها إلى القرنين الماضيين (١٦ : ٧٧) .

مفهوم الاكتئاب :

يستخدم تعبير " الاكتئاب " في ثلاثة مفاهيم أو معان مختلفة علي الأقل
المفهوم الأول: ويرتبط بالمزاج المضطرب غير السوي الذي يخل نتيجة تعرض المريض إلى سلسلة متلاحقة من الاحباطات و الفشل .

المفهوم الثاني: كمتلازمة syndrome (زملة أعراض) تحوى على اضطرابات المزاج إضافة إلى جميع أعراض الاكتئاب البدنية الوظيفية المصاحبة له .

المفهوم الثالث : الاكتئاب كمرض بما فيه زملة الأعراض التي ذكرت آنفا ، إضافة إلى عجز يصيب المريض .

فيمنعه من أداء واجباته وأعماله اليومية كليا أو جزئيا ، (٤٩ : ٩) .

رغم الأبحاث التي استهدفت معرفة أسباب الأمراض الاكتئابية بخاصة بعدما اتضحت أهمية الأساليب العلاجية الحديثة ، أي الأدوية المضادة للاكتئاب فإن أسباب زملة أعراض الاكتئاب depressive syndrome مازالت محاطة بالغموض . (٤٩ : ١٣) .

أن المفهوم النظري لأسباب الاكتئاب يفترض هذا المرض هو محصلة تفاعل بين تركيبة المريض (النفسية- العضوية - الهرمونية) و العوامل الثقافية الاجتماعية وهذا ما يوضح كيف أن الاكتئاب التفاعلي تلعب فيه العوامل الخارجية دورا هاما وبارزا بغض النظر عن العوامل العضوية الوراثية .

وتتصارع النظريات المفسرة للاكتئاب فيما بينها ، بين أنصار الوراثة والعوامل الكيميائية الحيوية هذا من جانب آخر بين أنصار المدارس والنظريات النفسية كنظرية التحليل النفسي والسلوكية. . . الخ.

الأعراض الرئيسية لمرض الاكتئاب

- ١- المزاج السوداوي :- وهو تمرض جوهري يميز الاكتئاب عن غيره من الاضطرابات الانفعالية وشعور الغم والكدر وفي بعض الأحيان يأخذ المزاج الاكتابي صورة القلق أو الهياج والعجز عن الاستمتاع بمباهج الحياة ومسراتها .
- ٢- تثبيط في القدرات العقلية :- يشكو مريض الاكتئاب من بطئ التفكير وصعوبته وضحالة في التخيل ونضوب في الأفكار وصعوبة في تركيز الانتباه وعجزا في الذاكرة وعدم القدرة علي اتخاذ القرارات واجترار الأفكار وعجزه عن طردها من ساحة شعوره ، حيث تحتكر الأفكار الو سواسية الجبرية ساحة تفكيره ، وتسيطر عليه مشاعر العدمية وتبدد الشخصية depersonalization، وتراود ذهنه الأفكار الانتحارية من حين لآخر نتيجة مشاعر الإثم الضاغطة والضيق النفسي الشديد والهواجس والمخاوف المرضية الشتي ألوانها وأشكالها .
- ٣- تثبيط في النشاط النفسي - الحركي psycho-motor retardation
- ٤- اضطراب النوم وهي ثلاثة أنواع
 - أ- ارق أول الليل
 - ب- ارق منتصف الليل
 - ج- ارق أواخر الليل
- ٥- أعراض سلوكية ، اهمالة لنفسه وشؤون زوجته وأولاده - تركه العمل - العزلة عن المحيط الاجتماعي والتحاشي . (٤٩ : ٣٩-٤٣) .

ويقسم الاكتئاب إلى قسمين كبيرين

الأول اكتئاب خارجي المنشأ حيث تأثير العوامل والمؤثرات الثقافية -السيكولوجية - الاجتماعية
ويقسم الاكتئاب هنا إلى ثلاثة أقسام

١- اكتئاب تفاعلي reactive depression وتسببه أحداث خارجية ك وفاة قريب أو شريك حياه
أو أزمة مالية أو رسوب في الامتحان أو الطلاق أو فشل في الحب ... الخ ويبدى المريض
استجابة اكتئابية أطول زمنياً من شخص آخر سوي أصابه هذا المكروه .

٢- اكتئاب توهم المرض hypo condraisis depression غالباً ما يأتي نتيجة تعرض الفرد
لتوترات وشدات متراكمة طويلة مع أنهاك نفسي لتستنفذ جميع طاقته البدنية والنفسية

٣- اكتئاب عصابي neurotic depression وينشأ نتيجة صراعات داخلية نفسية مزمنة غير
منحلة لا شعورية مستمرة في إزعاجها

والثاني داخلي المنشأ : -وهو اقرب للذهان منه إلى العصاب وإما أن يكون أحادى القطب بمعنى
أن تكون النوبة الاكتئابية مدتها تقريبا من ٤-٦ اشهر وتطول هذه المدة مع تقدم العمر عادة ،
بعدها تلي مرحلة شفاء مدتها سنة إلى سنتين تقريبا ومن ثم يتعرض المريض لنوبة اكتئابية أخرى
وهكذا دواليك طوال حياته.

وإما أن يكون ثنائي القطب وتتأب هنا المريض نوبه اكتئابيه ومن ثم تليها مباشرة نوبة هوسيه
تخالف الأولى كلياً بالصورة الإكلينيكية ، ومن ثم تأتي هجمة اكتئابية وبعدها هوسيه manic وهكذا
دواليك لمدد زمنية تماثل نموذج أحادي القطب .

طريقة العلاج

يعد الاكتئاب من بين الاضطرابات الوجدانية جيد المآل شريطة تأمين علاج مناسب وشامل وان نسبة الشفاء من النوبة الاكتئابية هي حوالي ٦٠ % قبل سن الثلاثين ، تقل هذه النسبة مع تقدم العمر .

١- العلاج بالصدمة الكهربائية E.C.T ويتم اللجوء إليها من قبل الطبيب النفسي المعالج بعد فشل العلاج بالدواء .

٢- العلاج الجراحي :-يلجأ جراح المخ والأعصاب لعمل إجراء جراحي علي الفص الجبهي

٣- العلاج الدوائي :- وهو الأكثر نجاحا وشيوعا في الممارسات السيكاتيرية -ويميز هذا العلاج مجموعتين دوائيتين رئيسيتين ، مجموعة مثبطات أحادي أمين اكسيداز , niala mid isocar boxiasid مثل (Maol) والمجموعة الثانية هي مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة كيميائيا.

٤- العلاج النفسي : ويقوم علي جعل المريض يستبصر بصراعاته وصعوباته المسببة للاكتئاب إضافة إلى التظمين المستمر و التأكيد علي إمكانية الشفاء أي العلاج النفسي الداعم ويستفيد منه مريض الاكتئاب العصابي والتفاعلي والميالون للانتحار .

٥- العلاج السلوكي :خلال السنوات الخمسة عشرة المنصرفة ظهرت بخاصة في الولايات المتحدة الأمريكية دراسات كثيرة تؤكد نجاح نظرية التعلم الاجتماعية في علاج الاكتئاب (٩٥-١٧) وتطورت تقنيات العلاج السلوكي من الاسترخاء إلى التنفير إلى استخدام الأجهزة النفسية الفسيولوجية (العائد الحيوي) (bio feed back) .

٦- العلاج المعرفي : المعتمد علي نظرية المعرفة لإقامة عددا من الطرائق و الأساليب لإرشاد المريض عن كيفية مواجهة المشقة والتعامل معها بهدف التغلب علي الأعراض الاكتئابية (٩٥-١٩) .

القلق النفسي Anxiety

هو احد اشكال الاضطرابات الانفعالية التي تتميز بالشعور بالتوتر الداخلي والخوف المستمر ، ويصاحب ذلك اعراضاً جسمية مختلفة في الاعضاء التي يغذيها الجهاز العصبي اللاارادي مثل الجهاز القلبي الدوري ويصاحبه سرعة دقات القلب ، ألم فوق القلب ، ارتفاع في ضغط الدم ، مع الاحساس بالنبضات في اماكن مختلفة بالجسم ، او الجهاز الهضمي في هيئة صعوبة في البلع ، انتفاخ في البطن ، عسر الهضم ، قيء ، تجشؤ اسهال او إمساك ، اما اعراض الجهاز التنفسي فهي سرعة التنفس والنفاس ، الإصابة بالربو الشعبي ، ثم الجهاز البولي والتناسلي مثل كثرة التبول ، فقد القدرة الجنسية او الضعف الجنسي ، توقف او اضطرابات الطمث او البرود الجنسي عند المرأة ، اما اعراض القلق النفسي في الجهاز العصبي فتكون في هيئة صداع ، دوخة ، زيادة الانعكاسات العصبية واهتزاز في الاطراف (٥٠ : ١٣) .

اما الاعراض النفسية للقلق النفسي فتتلخص في سرعة الاستثارة العصبية وصعوبة التركيز ، وكثرة النسيان ، ومخاوف مرضية من بعض الامراض مثل السرطان ، والدرن ، والقلب ، مع فقد الشهية ، والارق ، وبعض الاعراض الاكتئابية .

وكثيرا ما يسبب القلق النفسي الاضطرابات السيكوسوماتية أي الامراض النفسجسمية مثل قرحة المعدة والاثنى عشر والمصران الغليظ ، الذبحة الصدرية ، السكر ، الربو الشعبي ، الاكزيما ، ضغط الدم .

وبالنظر الى هذه الاعراض ، يتبين ان اسباب القلق الفسيولوجية هي نشاط الجهازين السمبثاوي والباراسمبثاوي خاصة الاول ، ومكزة الاعلى في الدماغ في الهيپوثلاموس وهو وسط دائرة الالياف العصبية الخاصة بالانفعال ، وتؤدي هذه الاجهزة نشاطها من خلال هرمونات عصبية ، ولذا من الممكن وقف هذه الاعراض باعطاء عقاقير مانعة ومضادة لهذه الهرمونات ، مما يقلل من خوف الفرد المصاب وبالتالي الى وقف الدائرة المفرغة (خوف - قلق - مزيد من الخوف والاعراض - قلق ... الخ) (٥٦ : ٢٧) .

وهناك نظريات سيكولوجية تشير الى ان التربية والتنشئة الاجتماعية وبخاصة علاقة الطفل بأمة خلال سنوات حياته الثلاث لها دور كبير في تهيئة الاطفال للاصابة بالقلق .

كما ان هناك نظريات التعلم الشرطي (النظرية السلوكية) التي تقر بمبدأ الاشتراط في اكساب الفرد امكانية الاستجابة بمزيد من القلق والتوتر ، كما هناك كذلك مدارس اخرى (المذهب الانساني) الذي يعتبر ان الانسان في محنة بوجوده في الوجود اثر عليه فأكسبه نمطا سلوكيا قلقا وغدا مهتم بمستقبله وما يكتفه من قلق في ظل الصراعات والاحباطات الحياتية. (٥٦ : ٥٣)

علاج القلق النفسي :

- ١- العلاج الدوائي : المتمثل في الادوية النفسية المضادة والمانعة لشعور الشخص بالتوتر والقلق وهي هامة جدا للتقليل من الاعراض الجسمية - ولكن يشك في ان تكون قادرة بمفردها على حل مشكلة مريض القلق ومصيره .
- ٢- العلاج النفسي : وهو علاج مهم لمريض القلق الذي يعاني من عدم الثقة في نفسه و(اعراض القلق) من الممكن التعامل معها والسيطرة عليها وهو يثبت الثقة في امكانية المريض وبمدة بالاستبصارات والصراعات الداخلية لمظاهر وبواطن قلقه .
- ٣- العلاج السلوكي : ويعتمد على نظرية الاشتراط الكلاسيكي او الاجرائي سواء عن طريق الاسترخاء او استخدام اجهزة نفسية فسيولوجية تسمى بالـ الحيوي . (١٤٨ : ٣٦) .

العلاج السلوكي^١

العلاج السلوكي : احد الاساليب الحديثة للعلاجات النفسية ، يقوم على اساس استخدام مبادئ نظريات التعلم ويضم العلاج السلوكي عدة اساليب وطرق علاجية تهدف جميعا الى الاتي :

- احداث تغيير ايجابي لحياة الانسان .
- القضاء على الاختلالات السلوكية .
- بناء جسر من الثقة بين الانسان ونفسه .
- تحقيق السعادة والرفاهية للانسان . (٨٦ : ١٩)

- ويقصد بالعلاج هنا محاولة تغيير وجدان او سلوك او فكر الفرد الى ما هو افضل حتى يتمكن من مواكبة احداث الحياة بفاعلية اكثر .

- كما يقصد بالسلوك في مجال العلاج السلوكي الاستجابات الظاهرة والتي يمكن ان نلاحظها من خلال التصرفات والافعال وردود الافعال - كما يقصد بها كذلك الاستجابة غير الظاهرة الخفية كالمشاعر والافكار . (٨٦ : ١٦) .

- كما يجب التنويه الى ان اساس العلاج السلوكي مشتق من نظريات التعلم ومدارسه في علم النفس - لذا فأي تغيير للسلوك قد يكون راجع الى عوامل وراثية او بيولوجية او جراحية او دوائية قد تخرجنا من مجال تعديل السلوك والعلاج النفسي السلوكي الى مجال الجراحة وعلم العقاقير او الوراثة او المسببات البيولوجية التشريحية (٨٦ : ٢٩) .

رغم ان الاثنين (العلاج السلوكي - والجراحة النفسية مثلا) تحدثان تقريبا نفس الاثر في مجال تعديل السلوك الانساني (٨٦ : ٣١) .

وعليه فيصبح السلوك هو بناء لبيئة تعلم يتم فيها تعلم مهارات وسلوكيات جديدة على حين تقلل الاستجابات والعادات غير المرغوبة ، حيث يصبح المريض اكثر دافعية للتغيرات المطلوبة وعلى عكس بعض تيارات علم النفس ولا سيما المدرسة التحليلية التي ترفع من شأن القدرات المبكرة في

^١Behaviour Therapy

الطفولة وديناميتها . يهتم العلاج السلوكي بالحاضر . كما ان اساليب هذه الطريقة تخلو من الغموض ومن الممكن تدريب المدرسين والاباء ورؤساء العمل علي القيام بها - هذا بالطبع بجانب المرضى المسترشدين (٨٦ : ٣٧) .

وبشكل عام يمكن عرض بعض جوانب الاختلاف بين طريقة العلاج السلوكي والعلاج النفسي التحليلي كما هو موضح في الجدول التالي :

العلاج النفسي التحليلي	العلاج السلوكي
<p>العلاج النفسي يؤكد على ان الاعراض لها اسباب لا شعورية .</p> <p>مؤسس على نظرية غير متسقة وغير مختبرة معمليا .</p> <p>يؤكد على ان الاعراض تحدد اساليب الدفاع النفسي .</p> <p>الشفاء يمكن ان يتحقق من خلال تناول الديناميات وعلاج الاعراض كذلك .</p> <p>كل الاضطرابات العصبية والذهنية تعالج استنادا الى الماضي من الناحية التاريخية .</p> <p>التحول او التغير يكون جوهري في علاج العصاب .</p>	<p>يؤكد على ان الاعراض ما هي الا نتيجة تعلم خاطئ .</p> <p>مبني على نظرية متسقة والاغلب على نظرية مختبرة سابقا ونعني هنا معامل التعلم .</p> <p>الاعراض تحدد من خلال الفروق الفردية في امكانية او قدرة كل فرد في تكوين الافعال الانعكاسية المشروطة واتزان الجهاز العصبي الذاتي بالاضافة لدور البيئة الاجتماعية والمحيط والنشطة .</p> <p>يستأى الشفاء فقط او التحسن من خلال شفاء او علاج الاعراض مباشرة .</p> <p>التأكيد على الحاضر والاتي (اخفاء العادات الموجودة الان) .</p> <p>العلاقات الشخصية ليست جوهري في الشفاء</p> <p>(١ : ٨-١٣)</p>

مع كل هذه الفروق الا ان بعضا من المعالجين السلوكيين المعرفيين (Gold frid ,Ellis,Beck) قد بدأوا الان استخدام الاستبصارات والمفاهيم واعتبار الديناميكات ، مثل تفهم وشرح وتفسير العمليات المعرفية وبالاخص في العلاج السلوكي المعرفي ، وشرح شخصية المريض وخلفيته ومناقشة

وشرح الاساليب العلاجية - وعلى محور اخر اقتررب بعض المعالجيين النفسيين نوعا ما من الاتجاه السلوكي مثل التشجيع والحوافـز والتدعيم ولا سيما لدى مريض المخوف المرضية . (١ : ٢٦-٢٨) .

تطور العلاج السلوكي :

اذا اعتبرنا ان احد اهم اهداف العلاج السلوكي هي تغيير وتعديل السلوك ، فاننا سنجد على الفور ان الانسان الاول قد حاول فعلا استخدام تقنيات واساليب للتعامل مع بني جنسه وربما ايضا مع الحيوانات والطيور لأكسابها المهارات الخاصة حتى يستفيد منها كل الاستفادة - من هنا سنجد ان للعلاج السلوكي بعض الجذور الاولى ضاربة في تاريخ الفكر والممارسة الانسانية - بالطبع ليست تحت مسمى العلاج السلوكي ولكن تحت مسميات ومعطيات اخري وسنعرض بعجالة تطور العلاج السلوكي في نقاط :-

- المنهج الاسلامي الذي يستخدم في قرآنه بعض النماذج السلوكية وباساليب فريدة منها القصة والامثال والمشاهد والنماذج الشخصية ومن الامثلة على ذلك ان الامام الغزالي قد استخدم القواعد العلمية الخاصة بالعلاج السلوكي . (٢٤ : ١١) .
- واطسون وراينر (١٩٢٠) وتجارب الطفل البرت .
- جوزيف ولي والذي بنى نظريته في العلاج السلوكي عام (١٩٥٨) على كلا من نظرية بافلوف (١٩٢٧) ونظرية هل عام ١٩٣٤ .
- هانز ايزنك وقد تابع ايزنك اعمال كلا من بافلوف وهل وكذلك بعض المنظرين في مجال التعلم مثل هورد (١٩٤٧) - وميلر (١٩٤٨) ونادى بان العلاج السلوكي انما هو طريقة علمية قائمة على اساس من طرق ثبت تجربتها والتحقق من فاعليتها .
- ب.ف سكينر تعتبر اسهامات سكينر في مجال التعلم من الاسهامات الاساسية التي ساعدت على تطور العلاج السلوكي في قواعد الاشرط الاجرائي ثم توسيع هذه القواعد وتطبيقها على المشكلات البشرية . (٢٤ : ١٧-١٩) .

التصورات الراهنة في مجال العلاج السلوكي:-

يشهد العلاج السلوكي في الوقت الحاضر مجموعة من التصورات النظرية والتي لها اهمية كبيرة ، رغم ان هذه التصورات النظرية قد تبدو من اول وهلة متعارضة الا انها يمكن ان تمثل تيارا تكامليا من بعض الواجه .

التحليل السلوكي التطبيقي :-

تنسق هذه الفكرة من الناحية الفلسفية مع النظرية السلوكية عند سكينر وتعتمد على قواعد واساليب الاشراف الاجرائي وقد استخدمت اساسا مع الافراد الذين لديهم طاقات معرفية (عقلية) محددة وحيث يعتقد ان البيئة لها تأثير في وجود سلوك المشكلة ، وقد استخدمت بشكل مركز مع الاطفال والصغار والمتخلفين عقليا والمرضى الذهانيين في المستشفيات .
(١٤٣ : ١٧) .

طريقة المثبر والاستجابة الحديثة :-

تستخدم هذه الطريقة من الاسهامات الرائدة لكل من ولبي وايزنك وتحاول ان تستخدم نظرية المثبر والاستجابة لكل من بافلوف وهابري وهل ومورو وميلر في علاج المشكلات العيادية . وهي على النقيض من نظرية الاشراف الاجرائي التي ركزت تماما على السلوك الظاهر (المشاهد) فانها تعطي اهمية للمتغيرات الوسيطة في تفسير وتعديل السلوك الانساني .

طريقة العلاج المعرفي السلوكي :-

تعتبر هذه الطريقة من احدث التصورات في مجال العلاج السلوكي . وهي تستند على افتراض اساسي يؤكد على اهمية العمليات العقلية او الترميزية في تنمية السلوك المرضي والابقاء عليه وتعديله ايضا ، ومن المفاهيم الاساسية المستخدمة في هذه الطريقة اسلوب اعادة البنية المعرفية^١ ، واسلوب الخطأ في التفسير (٧٧ : ١٤) .

^١Cognitive Restructuring

نظرية التعلم الاجتماعي :-

ما يميز نظرية التعلم الاجتماعي انها جمعت بين المداخل الثلاث (سكينر وولبي) والجوانب المعرفية وذلك في اطار نظري واحد عام ١٩٧٧ على يد باندورا . اما الميزة الثانية لنظرية التعلم الاجتماعي فهي افتراضها ان الاداء السيكولوجي يشتمل على تفاعل متبادل بين ثلاث مجموعات من العوامل هي : السلوك ، العوامل المعرفية ، التأثيرات البيئية (٤٥ : ١٩) .

العلاج المتعدد الوسائط^٢ :

طور هذه النظرية ارنولد لازاروس عام ١٩٧٦ وفي هذه الطريقة يجري تحليل المشكلات الاكلينيكية الى سبع مكونات اساسية تتفاعل مع بعضها البعض والتي تجمعها حروف الكلمتين BASIC ID

Behaviour = B = السلوك .

Affect = A = الوجدان

Sensation = S = الاحساس

Imagery = I = التخيل

Cognition = C = المعرفة

Inter Personal = I = العلاقات الشخصية

Drugs = D = العقاقير . (١٤٨ : ٢٧) .

يتضح من خلال العرض السابق ان العلاج السلوكي (بمعناه الحرفي وتطبيقاته الحرفية في مجال التطبيقات الاكلينيكية او دور الرعاية الخاصة او المؤسسات الاصلاحية) علاجاً حديثاً نسبياً يستمد اصوله ومبادئه من نظريات ونظريات علم النفس والتعلم والمدرسة السلوكية بوجه عام ولعلا للعلاج السلوكي ادوات واساليب كثيرة تتفق جميعها في انها تساعد المريض او الفرد في التخلص من السلوك الغير مرغوب واحلال السلوك المرغوب والعادات الضارة بعادات اكثر توافقا وتكيفاً . ومن اهم هذه الاساليب الآتي :-

^٢Multimodal Behaviour therapy

- الاشراف الكلاسيكى (بافلوف)
- التخلص من الحساسية بشكل منظم (ولبي)
- الاشراف الاجرائى (سكينز)
- الاسترخاء (جاكسون)
- العمر
- الاشتراط التمييزى
- العائد الحيوى المرتجع
- الضبط الذاتى
- حل المشكلات
- العلاج السلوكى المعرفى
- حل المشكلات

الاسترخاء

وتدريبات الاسترخاء تعرف بأنها مجموعة من الاجراءات التي تهدف تحقيق الاسترخاء العضلي والذهني، وعلى ذلك يمكن ان يعد العائد الحيوي باستخدام EMG نمط من انماط الاسترخاء - الا ان الاسترخاء المتقدم من المحتمل ان يكون استخدامه على نطاق واسع في الولايات المتحدة الامريكية الا ان التدريبات الذاتية الاخرى شائعة في اوروبا ، وقد تتشابه طرائق التأمل الباطني واليوجا مع طريقة الاسترخاء - وان كانت الاولى منتشرة في الشرق ولا سيما جنوب شرق اسيا . (٥٢ : ٣٧) .

تجرى تدريبات الاسترخاء والتعلم عليها في بداية العلاج - وحيانا يعاد التدريب ويتكرر خلال التعلم على العائد الحيوي - اذا كنا بصدد الاسلوبين في علاج الاضطراب او في مرحلة متأخرة من الجلسات العلاجية اذا كنا بصدد استخدام اسلوب الاسترخاء في العلاج السلوكي (٥٣ : ٩) .

في البداية يتعين ويجب على المعالج ان يشجع المريض على ممارسة الاسترخاء في منزلة (كوظائف منزلية) او في مكتبة مثلاً ، وذلك في الفترة بين التدريب في العيادة (الجلسة) وموعد الجلسة الثانية والذي يكون في العادة بعد اسبوع فاقل بحيث تشكل عنده عادة الاسترخاء من خلال التدريب عليه . (٥٣ : ١١) .

واول من استخدم اسلوب الاسترخاء كاسلوب علاجي فعال هو Jacobson والذي اكتشفه عام ١٩٣٩ ونشره في كتابه الاشهر الاسترخاء^١ المتتابع (٩١ : ١٧) .
و هو يستخدم كاسلوب علاجي للاضطرابات النفسية ولا سيما القلق والتوتر .

^١Progressive Relaxation

التعريف العلمي للاسترخاء :

١-تعريف جيمس دريفر :

هي طريقة نفسية يعتمد على ارخاء العضلات الملساء من اجل جلب الراحة والاسترخاء لاعضاء الجسم . (١٧ : ١٩) .

٢-تعريف رزق سعد وعبد الله عبد الدايم في " موسوعة علم النفس "

هو طريقة ابتدعها واستخدمها العالم جاكسون وتتيح للمريض ان يتدرب على اراحة عضلاته فالاسترخاء التدريجي للعضلات يؤدي الى زوال الاثار التي يخلفها النشاط الذهني وتتركها الاضطرابات الانفعالية والى تلاشيها بصورة تدريجية . (١٣ : ٢٥)

٣ - ويعرف حامد زهران الاسترخاء على انه :

محاولة القضاء على التوترات العضلية بطريقة نفسية تهدف لاحتلال الراحة والندفء محل التوتر والقلق وذلك من خلال أسلوب وتكنيك نفسي فسيولوجي (٩ : ١١) .

مبادئ الاسترخاء العامة

اذا اردنا ان نطبق جلسات التدريب على الاسترخاء بشكل دقيق وعلمي مضبوط لا بد من مراعاة عدة شروط تمهيدية على المعالج ان يتحلى بها ضمانا لاداءات جيدة ، فعالة وميسرة للحصول على حالة من الاسترخاء العضلي والممتد لفترات طويلة ، ومن هذه الشروط :

الكلمات والتعابير :

يجب ان تكون موجية بالاسترخاء والندفء وتجعله تلقائيا .

الوقت :

هناك افراد يتعلمون الاسترخاء بسرعة وبعد تدريب قليل ، ولتحقيق مثل هذه الاستجابة الاسترخائية التعليمية السريعة يتعين على المعالج ان يفرض تعلم الاسترخاء ببطء وبايقاع في بداية التعليم التدريبي مع وقفات لجعل الخبرة الذاتية تكمالية .

- **مراعاة الفروق الفردية :**

علينا مراعاة الفروق الفردية في فهم تقنية الاسترخاء وتفسير هذه الخبرة واهدافها وفوائدها وايضا في الاحساسات التي قد يشعر بها المرضى عندما يتقنون الاسترخاء .

- **البعد عن السلبية :**

وتجنب المضامين والصور السلبية ، فاستخدام تعابير ايجابية افضل من سلبية ، فعلى سبيل المثال انت مسترخ براحة وتشعر بالنقل ، لاستخدم انت تشعر بالنقل الضاغط عليك مثل الرصاص ، او دع اطرافك تموت من كثرة الشعور بالنقل .

ويستحسن التنبه الى انه ليس كل فرد يستمتع بالصور والتخيلات السارة المفرحة .مثل التحليق في طائرة او شم وردة جميلة وغيرها من التخيلات قد لا يستحسنها المتعالج ولا يستشعر بالسرور منها اذا ماتخيلها اذن علينا ان نسأل المريض مقدما او بعد التدريب اذا كان يفضل صورا معينة يتخيلها او يسأل عن التخيلات والصور التي تزعجه .

- **ادراك علامات التوتر :**

يتعين على المعالج ملاحظة علامات التوتر والاسترخاء ، فالسعال والالتواء والتنفس غير المنتظم والتشنج العضلي ، غالبا ما تكون علامات واضحة لتبديل وتغيير الاسلوب أو الاستعلام عن صعوبة المواجهة .

- **علينا ان ننسب المريض الى اهمية بقاءه يقظا واعيا خلال الاسترخاء، فخلال تدريب المريض على الاسترخاء ، ينبغي على المعالج ان يرخم صوته من وقت لآخر ليكون موحيا بالهدوء والاسترخاء ، وان يترك الوقت الكافي للمريض ليستوعب التعليمات المعطاة له وينفذها .**

- **كما :**

علينا ان نذكر المريض ان ما يتعلمه وينفذه هو تقنية واسلوب واحد فقط وعليه الا ينظر اليه على انه الوسيلة الوحيدة لا يوجد غيرها .

- إذا اتضح للمعالج أثناء تدريبات الاسترخاء انها غير كافية ، ولا محققة للهدف عند مريض معين ، حينئذ يتعين على المعالج نقل المريض الى الاسترخاء المتصاعد (تناوب ارخاء العضلات وتقلصها) او يطبق اساليب الاسترخاء القائمة على التخيل او توليد الافكار ايجائياً^١.

• الوقت والمكان :

ان بعض الامكنة والاوقات تبدو بالنسبة للمتعالج اكثر ملائمة من غيرها ومن الافضل ان يمارس المريض تمارينه المنزلية الاسترخائية بعد الاستيقاظ مباشرة ولا قبل النوم مباشرة وان تمارس هذه التدريبات على كرسي مريح وليس على السرير .

- يتعين على المعالج تشجيع المريض على نقل تعلمة للاسترخاء ليطبقة في حياته اليومية في تعامله مع المؤثرات الاجتماعية والبيئية التي تعترض نشاطاته الحياتية (٥٣ : ١٧)
- ان يقوم المعالج بتنبية المريض ان الاسترخاء العضلي ما هو الا طريقة من طرق خفض التوتر النفسي لديه.
- ان يعطي المعالج لمريضه صورة عامة عن طبيعة اضطرابه ومعاناته النفسية .
- ينصح المعالج المريض ان تكون افكاره كلها مركزة في اللحظة الحالية (عملية الاسترخاء) وذلك لتعميق الاحساس به .
- يوضح المعالج لمريضة ان استماع وتنفيذ التعليمات بدقة متناهية يساعد على زيادة قدرة على الاسترخاء . (٥٣ : ١٨) .

^١Auto Genic

العائد الحيوي Biofeed back¹

العائد الحيوي هو استخدام اجهزة خاصة تعمل على عكس التغيرات النفسية الفسيولوجية الطارئة على الفرد ، والتي لا يعيها ولا يدركها (أي هي دون عتبة شعوره واحساسه) والتي يمكن اخضاعها (أي التغيرات) للسيطرة الارادية .

ان هذا التعريف يتضمن تزويد المتدرب او المتعالج بالمعلومات الاتية عن حالته الفيزيولوجية مثل : التوتر العضلي - درجة حرارة سطح الجلد - نشاط موجات الدماغ - واستجابة الجاد الكهربائية الجلفانية - ضغط الدم - معدل ضربات القلب - قاءطاء المتعالج مثل هذه المعلومات عن حالته البيولوجية يمكنه من ان يصبح عنصرا مساهما نشطا في عملية الحفاظ على صحته . (١٧ : ٢٢) .

ولقد اصبح مفهوم التغذية الرجعية منتشرا للغاية حتى اصبح في حد ذاته يمثل منهجا منظما للبحث العلمي ، والتغذية الرجعية في ابسط معانيها عبارة عن الاستفادة من نتائج سلوك الفرد ولانها لا يمكن ان تتم بدون استقبال معلومات سواء كانت من البيئة الداخلية او الخارجية لان مثل هذه المعلومات الفسيولوجية مصدر اساسي للتحكم في سلوك الفرد وترجع اهمية هذا المفهوم الى فاعلية استخدامه كاداة لحل مشكلات السلوك الانساني (١٧ : ٢٦) .

تعريفات العائد الحيوي

هذا المفهوم له عدة تعريفات نذكر منها ما يلي :

١- العائد الحيوي هو : محاولة مواجهة المريض بالعمليات الفسيولوجية والحيوية عن طريق اجهزة الكترونية خاصة تجعله يسمع تقلصات العضلات او نبضات القلب بل ويرى المؤشر امامه منبئا بحالته المرضية ومن خلال الابصار والسمع يستطيع المفحوص شعوريا الوصول الى حالة الاسترخاء المطلوبة للشفاء (٥ : ٣٩) .

٢-العائد الحيوي : هو عبارة عن تقديم المعلومات الفورية للفرد التي تمثل مؤشرات نوعية عن العمليات الفسيولوجية التي من خلالها يمكن التحكم في هذا السلوك او ذاك وتقدم المعلومات عن مدى توتر العضلات ، ودرجة الحرارة ، ومعدل ضربات القلب ، ضغط الدم ، وذبذبات المخ ،

¹-Bio feed back

استجابة الجلد الجلفانية ، ومعدل التنفس ، ودرجة حساسية الجلد ، وكمية الضوء ومدى استجابة حركة العين ، واستجابة الاذن لنغمات الموسيقى ، والاستجابة لروائح عطرية يمكن ان تؤثر على حالة وظيفية ويتم تغذية الفرد من خلال هذا التكنيك بتلك المعلومات التي صدرت منه أي ترد اليه مرة اخرى عن طريق ابرة خاصة تتحرك على مقياس محدد او الضوء او النغمة عن طريق اجهزة خاصة لهذا الغرض وهذا بغرض الوصول الى التحكم الارادي في مثل هذه العمليات اللارادية . (١٧ : ٣٩) .

٣- **العائد الحيوي هو :** استخدام الاجهزة التي تعكس العمليات النفسية - الفيزيولوجية التي لا يعيها الفرد ولا يدركها على مستوى شعوره والتي يمكن اخضاعها للسيطرة عن طريق التعلم . (١٢ : ١٥) .

٤- **العائد الحيوي هو :** تطبيق الاشراف الاجرائي وذلك للسيطرة على النشاطات الحشوية والسوماتية الحركية وعلى الجملة العصبية المركزية (شاييرو ، سيرويت) . (١٢ : ٢٨) .

٥- **بينما يرى ميرمان ان العائد الحيوي يعني** اعطاء الشخص معلومات مباشرة عن وظائفه الفسيولوجية مثل وظائف القلب - الحرارة - موجات الدماغ - ضغط الدم - العضلات . هذه المعلومات عادة تعرف بالعائد الحيوي ويكون عبارة عن اشارات ضوئية او بصرية او سمعية او بالسماح للشخص المفحوص من ملاحظة تسجيلات فسيولوجية . (١٠٤ : ٣٧) .

٦- **اسلوب العائد الحيوي :** هو ذلك الذي يتعلم الشخص من خلاله التحكم الارادي في عمليات الجسد الداخلية مثل معدل ضربات القلب - وضغط الدم - وحرارة الجلد - وارتخاء العضلات تدريجيا وذلك بالوصول الى درجة الاسترخاء (١٢٢ : ١٠١) .

٧- التغذية الحيوية الرجعية : هي استخدام الاجهزة الالكترونية الفاعلة في البدن ، والراصدة والمسجلة للعمليات الفيزيولوجية. والغرض من هذه الاجهزة هو جعل المعلومات الغير معلومة بالنسبة للفرد تصبح مدركة ومعلومة لديه . (١٢ : ٤٩) .

٨- تعريف سويف : يقصد بالعائد الحيوي استغلال بعض الادوات لرصد وتسجيل عدد من العمليات الفيزيواوجية التي تتم عادة من داخل جسم الانسان ، وعلى غير وعي منه ، استغلال هذه الادوات لعرض نتائج هذا التسجيل على مشاهد من الشخص بواسطة مبيّنات بصرية او سمعية وبذلك يصبح الشخص منتبها لما يدور بداخله من عمليات فيزيولوجية لحظة بلحظة . (٢٨ : ١٧) .

هذا عرض سريع لاهم التعريفات المقدمة عن التغذية الحيوية المرتجعة ويلاحظ هنا ان معظم هذه التعريفات تركز على هذه المفاهيم والمصطلحات :

- العمليات الحشوية الجسدية او وظائف البدن والاجهزة الجسمية المختلفة .
- التعلم والتزود بالمعلومات .
- السلوك اللا ارادي .
- الاشارات الضوئية او السمعية المصاحبة للعائد الحيوي .

هناك اوجه شبه كثيرة بين الاسترخاء والعائد الحيوي ، حيث ان كلاهما آداتين علاجيتين لتغيير وتعديل السلوك وكلاهما كذلك يعتمد على الفرد (المريض او السوي) في التنظيم والتحكم الذاتي لسلوكياته الخارجية او العمليات السيكوفسيولوجية الداخلية الا ان هناك اختلافات ثلاث بين كل طريقة :

الاولى : ان الاسترخاء لا يستلزم وجود اجهزة كهربائية او الكترونية بينما العائد الحيوي يحتوي على مثل هذه الادوات .

الثاني: ان العائد الحيوي وسيلة قياسية تقيمة ولكن الاسترخاء وسيلة علاجية فقط .

الثالثة : العائد الحيوي اوسع تطبيقا في مجال الاضطرابات السيکوفسيولوجية حيث يمكن استخدامه في مجال التوتر العضلي - والتنفس - وضغط الدم - ونبضات القلب - ورسم المخ بينما الاسترخاء يساعد على ازالة التوتر العضلي والاضطرابات الانفعالية فقط مثلا في القلق النفسي .
(٥٣ : ٣٧-٣٨) .

الدراسات السابقة

يمكن تقسيم الدراسات السابقة الى محورين اساسيين :

المحور الاول : يتناول الدراسات التي اهتمت بالاضطرابات الانفعالية والنفسية المصاحبة لمرض السكر في ضوء بعض متغيرات الشخصية .

المحور الثاني : يتناول التدخلات النفسية عن طريق العلاج السلوكي لعلاج واحتواء الاضطرابات النفسية المصاحبة لمرضى السكر .

أولا : الدراسات التي تتناول الاضطرابات النفسية والانفعالية

المصاحبة لمرضى السكر

دراسة MC crady والتي نشرت في عام ١٩٩٩ تحت عنوان المزاج ومرضى السكر . وكان الباحث يقصد بالمزاج المكون من القلق والاكتئاب والمخاوف المرضية .

وقد استعان الباحث بعينة من مرضى السكر قدرت بأربعين مريضاً عمرهم ٣٩ سنة وعينة ضابطة سوية عمرهم ٣٨ سنة قوامها ٤٨ فرداً واستطاع استطلاع هذا المكون من القلق والاكتئاب والمخاوف المرضية عن طريق تطبيق قائمة الاعراض السيكاثيرية مستشفى ميديل سكس البريطانية .

وقد وجد الباحث ان:-

- ١- الاسوياء حصلوا علي درجات منخفضة في القلق والمخاوف
- ٢- المرضى حصلوا علي درجات مرتفعة في الاكتئاب والقلق (١٠٨ : ٤) .

دراسة orlandini والتي نشرت عام ١٩٩٧ تحت عنوان سمات الشخصية والتحكم في عملية الايض، دراسة لحالة السكر .

قام الباحث بدراسة ٧٧ مريضاً ممن يعانون من السكري في المقابل عينة من الاسوياء قدرت بـ ٥٢ فرداً .

قام الباحث كذلك بتطبيق استبيان^١ (D.Q.R) من خلال بعدي الاعتمادية و العدوانية كما قيست مستويات التحكم في عملية الايض لدي مرضي السكر عن طريق HBAC - فكان المستوي المنخفض ٦% والمرتفعة ٩% وقد استخلص الباحث ما يلي :-

- ١- المجموعة التجريبية كانت اكثر اعتمادية واكثر عدوانية من افراد المجموعة الضابطة.
- ٢- داخل المجموعة التجريبية كلما زادت الاعتمادية والعدوانية زاد معدل السكر في الدم وبالتالي قل معدل التحكم في عمليات الايض (١١٠ : ٦) .

دراسة Brickman,A والتي نشرت في عام ١٩٩٦ تحت عنوان :
سمات الشخصية والحالة الصحية طويلة الامد :تأثيرات العصابية والضمير الحي علي السكر .

لقد تم فحص العلاقة بين عاملين من عوامل الشخصية لدي مرضي السكر اولهما العصابية وثانيهما الضمير الحي ، وقدرت المجموعة التجريبية بـ ٨٥ مريضاً بمتوسط عمر قدره ٢٤,٥- ٥٩,٣ سنة فقد وجد ان المرضى المصابين منذ ١٠ سنوات فقط كانت عصابيتهم أقل من المرضى المصابين منذ ١٥ عاماً أو يزيد كما وجد علاقة بين الضمير الحي والسكري - فكلما زاد معدل الضمير الحي كلما زادت العصابية وبالتالي ادي الي ظهور بدايات الاضطراب النفسيولوجي ممثلاً هنا بالسكري (٦٤ : ٧) .

دراسة MC Daniel,J والتي نشرت عام ١٩٩٦ تحت عنوان
العوامل السيكلوجية المؤثرة علي الحالات الطبية حيث ناقش الباحث تأثير العوامل النفسية علي بدايات والتقدم في سير الحالات الطبية وهنا ناقش دور العوامل النفسية في السرطان بداياته وتطوره المناعة النفسية العصبية و العوامل النفسية وامراض الغدد الصماء (السكري) ، علم القلب النفسي وعوامل المخاطرة للاصابة بالامراض . وغيرها من الموضوعات ذات الصلة بموضوع الطب السلوكي وعلم النفس الصحة (١٠٧ : ٩) .

^١- Diagnostic questionnaire - revised

دراسة Lu-Ning والتي نشرت في عام ١٩٩٥ تحت عنوان
الحالة النفسية الجيدة وخصائص الشخصية لمرضى السكر حيث قام الباحث بدراسة ٤٨ مريضا
بالسكري من الراشدين ممن تتراوح اعمارهم من ٤٠-٥٠ سنة مستعينا بالادوات السيكولوجية
الآتية :-

١- قائمة الاعراض النفسية

٢- مقياس التقدير الذاتي للقلق لهاملتون

٣- مقياس التقدير الذاتي للاكتئاب لهاملتون

٤- بطارية ايزنك للشخصية

وقد استنتج الباحث ما يلي :-

١- العينة التجريبية تعاني من قلق متوسط

٢- العينة التجريبية تعاني من اكتئاب متوسط

٣- العينة التجريبية تعاني من عصابية

٤- العينة التجريبية تعاني من صورة سلبية عن الذات

وهذه الدراسة تستعرض وبشكل دقيق دور المشاعر السلبية^١ للتعجيل
بالاصابة بالسكري (٩٩ : ٧).

دراسة colomba التي نشرت عام ١٩٩٤ تحت عنوان
المظاهر السيكولوجية لمرضى السكر حيث قام الباحث ببحث عينة مؤلفة من ٣٨ مريضا بالسكري
وخلال المقابلة الفردية طبق عددا من الاختبارات النفسية التي تقيس المظاهر السيكولوجية منها
اختبار كاتبل 16pF

مقياس الاكتئاب لهاملتون

مقياس زونج لتقدير القلق

استبيان السلوك المرضي

وبعد تحليل النتائج ثبت ان مجموعة مرضى السكر لديهم

^١-NEGATIVE Feelings

درجة مرتفعة من الاكتئاب
درجة فوق المتوسط من القلق
لديهم اتجاهات وسلوكيات مرضية

وأوصت الدراسة بوجود توفر عينة ضابطة في الدراسات المستقبلية التي تتناول موضوعات الطب السلوكي وعلم النفس الصحة (٦٨ : ١١) .
دراسة Lustman,E والتي نشرت في عام ١٩٩٢
بعنوان العلاقة بين خصائص الشخصية وتنظيم الجلوكوز (السكر) لدى عينة من الراشدين المصابين بالسكري .

قام الباحث بقياس خصائص الشخصية لعينة قوامها ١٣٩ مريضاً لتحديد هذه الخصائص بشكل دقيق ولتحديد إمكانية تواجد هذه العلاقة من أساسها وتنظيم الجلوكوز باختبار (CTPCD) .

وكما كان يقوم بقياس الجلوكوز بالدم عن طريق GHb وقد وجد الباحث مايلي :

- ١- ارتباط قوي بين الشخصية التي تحصل على درجات متطرفة (عالية جدا) ومستوي من السيطرة والتحكم فقير وضعيف جدا.
- ٢- ارتباط قوي بين الشخصية التي تحصل على درجات منخفضة جدا ومستوي من السيطرة والتحكم ضعيف كذلك.
- ٣- كلما كان برروفيل الشخصية في نطاق المتوسط كلما امكن لهؤلاء المرضى التحكم والسيطرة الجيدة على مستويات الجلوكوز لديهم (١٠٠ : ١٤-١٥) .

دراسة Liakopoulou والتي نشرت عام ١٩٩٢
تحت عنوان خصائص الشخصية والعوامل البيئية والتحكم في الجلوكوز بالدم لدى عينة من الراشدين المصابين بالسكري

I. "cloninger's tridimensional personality questionnaire

استعان الباحث بمجموعتين الاولى عينة تجريبية مصابة بمرض السكر عددها ١٨ مريضاً، وعينة ضابطة مماثلة لها غير مصابة بالسكر ولا أي مرض عضوي او نفسي اخر عددها ٢٢ فرداً

المقاييس التي طبقها الباحث علي المجموعتين هي :

مقياس القلق الصريح

مقياس الاكتئاب لهاملتون

بعد التحليل الاحصائي اتضح ان المجموعة التجريبية تعاني من القلق النفسي الصريح والاكتئاب بدرجة مرتفعة (جوهريّة) مقارنة بالمجموعة الضابطة (٩٧ : ١٢) .

دراسة Gilbert والتي نشرت في عام ١٩٩١

ب عنوان العلاقات النفس فسيولوجية للانبساطية والعصابية والذهانية خلال التكيف والواجهة النشطة او الخاملة لمرضي السكر .

حيث تم فحص ١٨ امرأة و ٢٧ رجلاً بمتوسط عمر ٣٨,٣ سنة للعلاقات النفس فسيولوجية للانبساطية^١ ، العصابية^٢، الذهانية^٣ اثناء حالة القلق ومستوي اليقظة المرتفع سواء في مهمة ذات نشاط خامل^٤ او مهمة نشطة (الحديث) ، فقد وجد الباحث انه اثناء المهمة الخاملة وهي سرعة ضربات القلب^٥ تغيرات ايجابية مرتبطة بحالة القلق والعصابية-وتغيرات سلبية مع الانبساطية اما فسي حالة الكلام وهي المهمة النشطة فان معدل ضربات القلب كان مرتبطاً سلبياً بحالة القلق وبمؤشرات هذا القلق غير اللفظية ولكن بارتباطات ايجابية مع الانبساط .

مما يؤكد ان كلما زادت معدلات العصابية والانبساطية انخفضت معدلات التحكم في ضربات القلب وبالتالي زادت امكانية وجوب القلق مما قد يرفع او يساعد علي رفع الجلوكوز بالدم (٨٥ : ١٢) .

'EXT

'NTC

'PTC

'VENI PUNCTURE

'HP

دراسة Tatter Sall - R والتي نشرت عام ١٩٩١ تحت عنوان المظاهر والاعراض الطب نفسية للسكر من وجهة نظر الاطباء .

حيث بدأ الباحث دراسته بسؤال : هل هناك شخصية سكرية تمتد من الطفولة الى الرشد مروراً بالمراهقة ؟.

استعان الباحث بـ ٢١ مريضاً مصاب بالسكر وقدمت لهم الاختبارات التي تقيس القلق النفسي والوسواس القهري والاكتئاب وذلك عن طريق مقياس القلق الصريح ومقياس الوسواس القهري واختبار هاملتون للاكتئاب وتم تطبيق هذه الادوات من قبل الاخصائيين النفسيين وتمت المقابلة من قبل الاطباء النفسيين واستمرت الدراسة اسبوعين لقياس سمات مرضى السكر او الشخصية السكرية .

وبعد تحليل النتائج ثبت الآتي :

- ١٨ مريضاً من اصل المجموعة ٢١ مريضاً يعانون من القلق والاكتئاب كحالات انفعالية و ١٢ مريضاً من اصل ١٨ مريضاً يعانون من الوسواس القهري .
- كما لاحظ الاطباء النفسيين ان هؤلاء الاشخاص المصابين بالسكر اكثر ميلاً للامتلاء وزيادة الوزن والاستثارة الانفعالية .
- ضرورة الجمع بين الطرق السيكولوجية والطب النفسية كتدخلات علاجية لمساعدة المرضى على ازالة القلق والاكتئاب - الطرق السيكولوجية ممثلة في العلاج النفسي والطرق الطب نفسية ممثلة في العقاقير النفسية .
- اوصت الدراسة بجدوى مشاركة الاطباء النفسيين والمعالجين النفسيين في تشخيص الاضطرابات النفسية المصاحبة لمرضى السكر مع تحليل وعلاج هذه المظاهر والاعراض الطب نفسية في مرحلة لاحقة .

(١٣٨ : ٨) .

دراسة Polonsky والتي نشرت في عام ١٩٩٠ بعنوان الاصدارات السيكولوجية الاجتماعية لمرضي السكر

حيث اشار الباحث في دراسته الي ان الاضطرابات النفس فسيولوجية كالسكري و ضغط الدم و الربو تعد من من الاضطرابات التي تصيب ٨-١٢% من مجموع الامراض التي تصيب الناس .

وحاول في دراسته التركيز علي مرضي السكر ، حيث قام بمقابلة اكثر من ٨٠ مريضاً بالسكر مقابلة فردية واستخلص الباحث ان هؤلاء المرضي يعانون من الاحباطات والضغط والقلق والاكتئاب

سوء الاداء الجنسي
اضطرابات في الذاكرة
(١٢٠ : ٢٩)

دراسة schauburg و التي نشرت في عام ١٩٨٨ تحت عنوان تقييم العصائية وقبول المرض وسوء الوظيفة الجنسية بالاستخبارات النفسية بين مرضي من الراشدين المصابين بالسكري .

وقد استعان الباحث بمجموعة من المرضي المصابين بالسكر قدرت بنسبة (٦) مرضي محاولاً تقييم العصائية وقبول المرض وسوء الوظيفة الجنسية لدي المرضي استخدم الباحث اختبار ايزنك للشخصية بعد العصائية ومقياس قبول المرضي ومقياس سوء اداء الوظيفة الجنسية

ولم يكن هناك في المقابل عينة ضابطة وتم القياس في جلسة فردية لكل مريض من المرضي الست واستغرق تطبيق هذه الادوات قرابة الساعتين لكل مريض وبالتحليل الاحصائي اتضح ان هؤلاء المرضي يعانون من عصائية مرتفعة ومستوي قليل من قبول المرض كما يعانون من اضطرابات جنسية اولية (١٢٦ : ٢٥) .

دراسة Alba-perez و التي نشرت في عام ١٩٨٥ تحت عنوان السكر والعوامل النفس اجتماعية قدرت عينة البحث باربعين (٤٠) كوبييا ممن يعانون من فرط السكر وفي المقابل عينة سوية مماثلة لها في العدد (٤٠ شخص).

واستخدام الباحث اداتين

أ- المقابلات الاكلينكية

استبيان تحليل الذات لكاتيل R Cattell's self - anlysis questionnire

وبعد تطبيق الاختبار او الاستبيان في جلسة تطبيق فردي اتضح من نتائج تحليل النتائج ما يلي :-

١-المرضي اعلي درجة من الاسوياء علي مقياس الوسواس القهري

٢-المرضي اعلي درجة من الاسوياء علي مقياس الفصام

٣-المرضي اعلي درجة من الاسوياء علي مقياس القلق

٤-المرضي اعلي درجة من الاسوياء علي مقياس الهستيريا

(٤١ : ١٢)

دراسة Peyrot-mark والتي نشرت في عام ١٩٨٥ بعنوان العوامل النفس اجتماعية المتحكمة في السكر .

لقد درس الفاحص ١٤ مريضا من الراشدين المصابين بالسكر بمتوسط عمر قدره ٤١,٧ سنة ولذلك لتحديد العوامل النفس اجتماعية المهمة في السكر (جلوكوز الدم) والسيطرة عليه، وقد تم قياس مستوي السيطرة علي جلوكوز الدم بواسطة قياس ما يسمى (Glycosylated Hemoglobin) وتم قياس العوامل الاجتماعية عن طريق النموذج النفسى الاجتماعى الحيسوى (B . P . S).

هذا النموذج يحقق المكونين الاساسيين وهما الجانب السيكوفسيولوجي المباشر والجانب السلوكي غير المباشر . وقد اشارت النتائج الي وجود علاقة ورابطة قوية بين التكيف النفسى اجتماعي والتحكم في السكر وقد ايدت النتائج كذلك اساليب المواجهة المرضية وسلوك البروفيل الصحي للسيطرة والتكيف مع السكر .

(١١٩ : ٢٢)

دراسة Surridge والتي نشرت في عام ١٩٨٤ تحت عنوان " المظاهر الطب نفسية لمرض السكر . حيث قدرت عينة البحث بـ ٥٠ مريضا من الذكور والاناث من سن يتراوح ما بين ١٦ - ٦٠ سنة - تم استخدام هذه الادوات السيكولوجية لرصد وقياس الاعراض الطب نفسية لمرضى السكر وهذه الادوات هي :

- اختبار بك لقياس حالة الاكتئاب
 - اختبار هاملتون للاكتئاب^١
 - مع الاخذ في الاعتبار الآتي :
 - الشكوى السابقة والحالية للمريض .
 - كم الادارة الذاتية لمرضى السكر من قبل المرضى .
- وتم القياس في جلسة او مقابلة اولية كانت مدتها ساعة لكل مريض . ومن نتائج الدراسة :
- ١- مستوى منخفض من الطاقة .
 - ٢- زيادة الاجهاد .
 - ٣- استئارة مرتفعة .
 - ٤- اكتئاب متوسط . (١٣١ : ١١) .

دراسة Nali boff . C والتي نشرت في عام ١٩٨٢ تحت عنوان : هل بإمكان بطارية ميسوتا متعدد الالوجه ان تشخص او تفرق الامراض المزمنة من الآلام المزمنة ؟

ولتقيام بهذا البحث قام الباحث بتطبيق بطارية MMPI على عينة من المصابين بمرض السكر قدرت ب ٣٣ مريضاً بمتوسط عمر قدره ٤٦,٨ وعينة ضابطة من الاسوياء قدرت ب ٢٩ شخصا وكان من نتائج هذه الدراسة الآتي :

هناك فروق جوهرية بين المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية في صالح المجموعة

التجريبية على مقاييس:

- الاكتئاب النفسي
- قلق النفسي
- الهستيريا
- الاعياء المرضي

اوصت الدراسة بضرورة فحص المرضى المصابين بالسكر كل سنة تقريبا ، فحص القدرات العقلية والعوامل السيكولوجية . (١١٢ : ١٢) .

دراسة wilkinson والتي نشرت عام ١٩٨١ تحت عنوان " المظاهر الطب نفسية لمرضى السكر " وتعد هذه الدراسة من الدراسات النظرية حيث نوقشت في هذه الدراسة العوامل الطب نفسية في تسبب الإصابة بالسكري من جهة والسيطرة على هذا المرض من جهة ثانية .

واوصت هذه الدراسة الباحثين في مجال الاضطرابات الغدية والسكري . بان :-

١- عليهم تحويل المرضى (السكريين) لفحص الوظائف العقلية كالذكاء والتذكر والانتباه كل سنة على الأقل .

٢- فحص المرضى المصابين باصابات مخية في بداية الإصابة وذلك عن طريق ملاحظة ومراقبة امراض المخ واصاباته كتدهور الذاكرة او الرعاش الخ .

٣- اوصت الدراسة بضرورة المهام الاكلينيكية من الاطباء بالطرائق التي تؤثر على مرضى السكر ومراقبة ورصد السلوكيات الغير توافقية اثناء مرورهم بالمحن والشدائد . (١٤٦ : ٩) .

ثانيا : الدراسات التي تناولت أثر التدخلات

النفسية عن طريق العلاج السلوكي في علاج واحتواء الاضطرابات النفسية المصاحبة لمرضي السكر

دراسة Tansman والتي نشرت في عام ١٩٩٩ تحت عنوان علم النفس الإكلينيكي ومرضى السكر افترضت هذه الدراسة النظرية ان يسهم علم النفس الإكلينيكي في تقديم رعاية لمرضى السكر، تقديم رعاية بمفهومها الاشمول والأوسع لا مجرد تقديم خدمة علاجية فقط ، وكانت تقنيات وأساليب علم النفس الإكلينيكي تنقسم الي قسمين كبيرين.

١-زيادة تقبل المريض لحالته المرضية الراهنة.

٢-تغيير الأنماط السلوكية (عن طريق العلاج السلوكي) .

من اجل إحلال الرعاية الذاتية محل الرعاية الاعتمادية (العلاج وارشادات الطبيب المعالج فقط) لمرضى السكري ومن ثم الإسهام مباشرة في تحكم المرضي في مرضهم واوصت هذه الدراسة ضرورة إيجاد نظام تكاملي بين علم النفس من جهة وعلم الغدد الصماء واضطراب السكري من جهة أخرى.

(١٣٧ : ١٢)

دراسة David والتي نشرت في عام ١٩٩٩ بعنوان التوجه السلوكي متعدد المحاور والمرضى المصابين بالسكري.

الإجراءات :

استعان الباحث بعينة تجريبية قدرت ب ٣٢ مريضا من الراشدين من سن ٣٠-٤٥ سنة -وطبق الباحث برنامجين من برامج التوجه السلوكي متعدد المحاور احدهما : العلاج السلوكي المعتمد علي الاسترخاء .
ثانيهما: التحليل السلوكي لهذه السلوكيات واستمر هذا البرنامج مدة ٦ أسابيع.

بعدها مباشرة استطاع المرضى المصابين بالسكر ان يتحكموا في انفعالاتهم النفسية الضارة كالحنق والغضب والكراهية مما اثر ايجابيا علي خفض نسبة الجلوكوز بالدم لديهم .
(٧٧ : ٥)

دراسة MC quaid والتي نشرت عام ١٩٩٩ وكانت تحت عنوان اثر المزاج المكون من القلق والاكتئاب والمخاوف علي مرضي السكر، وكون الباحث عينتين.

الأولى: تلقت العلاج الدوائي لمرضي السكر وقوامها اربعين مريضا بمتوسط عمر ٤٣,٦ سنة كما تلقت العلاج السلوكي باستخدام العائد الحيوي.

الثانية: تلقت العلاج الدوائي للسكر فقط وقوامها ٣٥ مريضا عن متوسط عمر ٤٨,١ سنة وقام الباحث بتدريب المرضى علي أسلوب العائد الحيوي في فترة ١٧ جلسة باستخدام تدريبات الاسترخاء وبعد هذه الجلسات استطاعت المجموعة الأولى ان تحسن من القلق والاكتئاب والمخاوف نسبة ٤٠% من هؤلاء المرضى استطاعت من خلال تخفيض القلق والاكتئاب خفض الجلوكوز بالدم لديهم .
(١٠٨ : ٢٢)

دراسة MC quaid والتي نشرت في عام ١٩٩٩ وكانت تحت عنوان استخدام العائد الحيوي المعتمد علي أسلوب تخطيط العضلات الكهربائي.

biofeed back by using electro myograph(EMG) لمساعدة مرضي مصابين بأمراض مزمنة كالتالي

السكر

السرطان

الربو الشعبي

حيث استخدم الباحث هذا الأسلوب مع كل مجموعة من المجموعات المرضية واستمر استخدامه ٦ أسابيع وكانت النتائج كالتالي:

استطاعت مجموعة السكر ان تحسن من قراءات السكر لديهم كما استطاعت لديهم كما استطاعت مجموعة مرضى السرطانات تحسين الحالة النفسية لديهم نتيجة الاصابة بالمرض من جهة وتعرضهم للعلاج الكيميائي من جهة اخرى .

دراسة Trobe والتي نشرت في عام ١٩٩٨ وهي بعنوان اثر التدخلات المعرفية السلوكية لمرضى مصابين بأمراض مزمنة بما فيها السكري.

قام الباحث بتقديم خدمات علم النفس وبالأخص العلاج السلوكي لمرضى

-مصابين بالسرطان

-مصابين بالربو

-مصابين بالسكر

وبعد تقديم واستخدام العلاج السلوكي المعرفي لهذه الفئات المرضية استطاع الباحث ان يحسن من الاضطرابات النفسية المصاحبة للسكر ولكن تحسين هذا الاضطراب جاء بعد تحسين الاضطرابات النفسية للسرطان والربو (١٠٨ : ٢٩).

دراسة Bruce والتي نشرت عام ١٩٩٧ بعنوان تقييم دور التدخلات السلوكية المعرفية لخفض المشقة عند مرضى مصابين بالسكري ونتائج هذا الخفض على مستوى التوتر من جهة ومن مستوى الجلوكوز في الدم .

الإجراءات :

استعان الباحث بمجموعتين الأولى تتلقى التدخلات السلوكية المعرفية والعلاج الدوائي للسكر ... قدرت بـ ١٩ مريضا بعمر يتراوح من ٤٧ - ٧٤ سنة من الرجال والنساء - في مقابل عينة ضابطة تتلقى فقط العلاج الدوائي لمرض السكر - قدرت بـ ٢٨ مريضا بعمر يتراوح من ٤٠ - ٦٢ .

الأدوات المستخدمة :

- ١- العلاج السلوكي المعتمد على الاسترخاء العضلي.
- ٢- العلاج المعرفي القائم على أسلوب المواجهة^١
- ٣- مقاييس نفسية (مقياس شيلبرجر للقلق النفسي)
- ٤- مقياس حالة الاكتئاب بك
- ٥- مقياس التقدير الذاتي للاكتئاب والقلق .

ورصدت المشاعر السلبية للمجموعتين التجريبية والضابطة بواسطة القياس النفسي .
وقد استمر برنامج العلاج السلوكي القائم على الاسترخاء والعلاج المعرفي القائم على أسلوب المواجهة مدة أربعة أسابيع واستخلصت الدراسة النتائج الآتية:

- ١- المجموعة الضابطة والتجريبية يعانون من القلق والاكتئاب .
- ٢- المجموعة التجريبية سجلت نسبة خفض للاضطرابات النفسية المصاحبة للسكر من قلق وتوتر واكتئاب - أعلى كثيرا من أفراد المجموعة الضابطة .
- ٣- المجموعة التجريبية انخفضت لديها المشقة مقارنة بالمجموعة الضابطة.
- ٤- أما فيما يتعلق بخفض نسب الجلوكوز بالدم فقد تساوت المجموعتين التجريبية والضابطة (٦٥ : ١٥) .

دراسة De, Pablo , J والتي نشرت في عام ١٩٩٧ وهي تحت عنوان استعراض إسهامات علم النفس خلال ٣٠ عاما وعلاقته بالاضطرابات السيكوسوماتية .
قدم الباحث في هذه الدراسة النظرية تأريخا لعلم النفس وعلاقته بالاضطرابات السيكوسوماتية .
يستعرض الباحث بدايات علم النفس الإكلينيكي والتطور المذهل لأدواته التشخيصية والعلاجية خلال الحربين العالميتين الأخيرتين والفرق بين علم النفس الإكلينيكي . وعلم النفس المرضي والتطور الأخير ليصبح الطب السلوكي ويشق منه أحدث التعريفات وفروع علم النفس وهو علم النفس الصحة ودور علم النفس الإكلينيكي والطب السلوكي في :

^١COPING

(١) تشخيص الاضطرابات النفسية لمرضى السكر .

(٢) تأهيل هؤلاء المرضى .

(٧٤ : ٨)

دراسة Kavild.E والتي نشرت عام ١٩٩٧ تحت عنوان اثر الاسترخاء العضلي على خفض نسبة الجلوكوز بالدم وقد كون الباحث مجموعتين :

الأولى : المجموعة التجريبية وتتألف من ٢٢ مريضا بمتوسط عمر قدره ٤٥ سنة وهي التي سوف تتلقى العلاج الدوائي بالإضافة الى العلاج السلوكي المعتمد على أسلوب الاسترخاء العضلي.

الثانية : وتتألف من ٢٢ مريضا بمتوسط عمر قدره ٤١ سنة وهي التي سوف تتلقى فقط العلاج الدوائي فقط بعد تعرض المجموعة التجريبية لتجربة التدريب على الاسترخاء مدة أربعة أسابيع - استمرت فترة المتابعة لأكثر من ١٦ أسبوعا من المتابعة الدقيقة للجوانب الفسيولوجية لمرضى السكر وهي:

١- (GHB) Total Glycosylated Hemoglobin

٢- (AUC) oral Glucose Toleran Ce curve

وقد استخلص الباحث ان الحالة النفسية لمرضى السكر تحسنت وانخفضت المشقة مقارنة بالمجموعة الضابطة - وفي المقابل تحسن GHB مقارنة بـ AUC (٩٣ : ٨)

دراسة Faidly .L والتي نشرت في عام ١٩٩٧ تحت عنوان الدور التكاملي بين العوامل السيكولوجية والعوامل الطبية لأحداث الإصابة بالسكر قام الباحث بتأليف مجموعة من المرضى وطبق عليهم مجموعة من الاختبارات النفسية .

١- بطارية منسبوتا متعددة الأوجه

٢- عوامل كانييل الستة عشر

٣-بطارية بك للاكتئاب

(٣) المقابلة الإكلينيكية

وفي المقابل قام بقياس مستويات الجلوكوز بالدم ولاحظ الباحث .

١- أنه كلما ارتفع معدل الاكتئاب والقلق والبارانويا و الأفكار الوسواسية قل التحكم في نسب الجلوكوز بالدم .

(٤) اقترح و اوصي الباحث بضرورة متابعة مثل هذه البحوث التي تعد مؤثرة وقوية بمعرفة مسار الاضطرابات البدنية (السكر) وذلك علي ثلاث مستويات

أ - الوقاية

ب- التدخل والعلاج

ح- متابعة دقيقة لمستويات الجلوكوز بالدم

(٨٤ : ٢٥)

دراسة Barbare والتي صدرت في عام ١٩٩٦ تحت عنوان دراسة مقارنة لأسلوبي من أساليب التدخلات السلوكية و النفسية في علاج زيادة أو فرط السكر بالدم .

الإجراءات

قام الباحث بتقسيم عينات التجربة إلى اثنتين .

الأولى : العينة التجريبية و التي قدرت بـ ٣٧ مريضاً من سن ٣٠-٦٠ سنة و هي مجموعة تتلقى العلاج الدوائي لعلاج السكر علاوة على العلاج السلوكي المعتمد على أسلوب العائد الحيوي بشقيه .

رسم العضلات الكهربائي - رسم الحرارة الكهربائي ذلك بالطبع باستخدام والاستعانة بأسلوب الاسترخاء ومدة التجريب كانت ٣٠ يوماً بواقع مرة كل ثلاثة أيام لمدة ساعة .

الثانية : العينة الضابطة والتي قدرت بـ ٣٢ مريضاً من سن ٣٥ - ٦٠ و هي المجموعة التي تتلقى العلاج الدوائي لعلاج السكر علاوة على العلاج المعتمد على أسلوب الارشاد النفسي والذي استمر كذلك ٣٠ يوماً بواقع مرة كل ثلاثة أيام ولمدة ساعة .

استنتج الباحث ان الفروق بين المجموعتين لم تكن فروق جوهرية مما اوصى بضرورة اتباع الطريقتين في العلاج في الدراسات القادمة . (٦١ : ٣٧) .

دراسة CLEVELAND والتي صدرت في عام ١٩٩٦ بعنوان علاج المصاحبات النفسية المترتبة على الاصابة بالسكري وامراض سيكوماتية اخرى .

حيث استخدم الباحث اسلوب العلاج النفسي السلوكي بالاسترخاء لعلاج القلق النفسي ، واسلوب العلاج السلوكي المعرفي لعلاج الاكتئاب لعينات من المرضى صنفو على الآتي :

- ١- اضطرابات الغدة الدرقية
- ٢- السكري^١
- ٣- اضطرابات القلب الوعائية^٢
- ٤- الاضطرابات العصبية^٣
- ٥- اضطرابات الكلى^٤
- ٦- اضطرابات الكبد والتهاباته^٥
- ٧- مرضى نفذ المناعة المكتسبة^٦
- ٨- سوء اداء الوظيفة التنفسية^٧ .
- ٩- سرعة ضربات القلب^٨

^١ - CARDIO VASCULAR

^٢ - NEUROLOGIC

^٣ - RENAL

^٤ - HEPATIC

^٥ - HIV

^٦ - RESPIRATORY IN SUFFICIENCY

^٧ - RESPIRATORY IN SUFFICIENCY

^٨ - ORAN TRANS PLANTATION

استمر تطبيق اسلوب الاسترخاء والعلاج المعرفي لتحسين القلق النفسي والاكتئاب فترة قدرة بأربع اسابيع بعدها مباشرة قام الباحث بفحص هذه الاضطرابات النفسية (القلق - الاكتئاب) بعد فترة التجريب فكانت النتائج على الاتي :

الاضطرابات التي تحسنت جدا هي السكر ، الايدز ، اضطراب القلب الوعائية .
الاضطرابات التي تحسنت بشكل ضعيف هي اضطراب الغدة الدرقية والتنفس وزيادة سرعة ضربات القلب .

الاضطرابات التي لم تتحسن كانت التهاب الكبد ، العصبية ، الكلى .
(٦٧ : ١٥)

دراسة Zombanini والتي نشرت في عام ١٩٩٦ وهي تحت عنوان اثر التدخلات النفسية للتغلب على الخوف والقلق عند مرضى السكر ، حيث استخدم هنا الباحث اسلوب تعديل السلوك جماعيا ، في مجموعة مرضية تعاني من السكر منذ اكثر من ٨ سنوات وبعمر متوسط ٤٨,٢ سنة واستمر برنامج تعديل السلوك لأكثر من ٧ جلسات .

حيث استعان الباحث كذلك باسلوب العلاج بالاسترخاء التخيلي وقد طبق الباحث على كل افراد المجموعة التجريبية استبيان سوء الوظائف الصحية وقام بتحليله ليكون عنده في النهاية بر وفيل لكل مريض واستنتج الباحث ان المجموعة التجريبية استطاعت ان تكون اكثر طواعية ويقوموا ببذل جهد متوازن لأداء ما يطلب منهم في ذات الوقت كما استطاعت كذلك المجموعة التجريبية التغلب على الخوف والقلق وكانوا اكثر إيجابية ومشاركة . (١٥٢ : ٣٣) .

دراسة AIKENS والتي نشرت في عام ١٩٩٦ وهي تحت عنوان : السكر واضطراب الغدد الصماء الأخرى ، وهي دراسة سجلت في كتاب Cinical hand book of health psychology
A practical guide to effective interventions

وقد تناولت الدراسة النظرية عدة موضوعات ومفاهيم عن مرضى السكر خصوصا ، وعلم النفس الصحة والطب السلوكي عموما ، ومن بين هذه الموضوعات :

١- الأسباب الحقيقية لتحويل حالات الغدد الصماء للدراسة السيكولوجية .

٢- الاضطرابات الاكتئابية واضطرابات القلق .

وقد قام الباحث بتطبيق ثلاث اختبارات لقياس القلق

- ١- مقياس القلق الصريح لتيلر .
- ٢- مقياس القلق لبك.
- ٣- مقياس القلق لهاملتون .

ثم طبق الثلاث انواع من العلاج على ثلاث مجموعات فرعية من مرضى السكر

- مجموعة تلقت العلاج القائم على الارشاد النفسي
- مجموعة تلقت العلاج القائم على العلاج السلوكي
- مجموعة تلقت العلاج القائم على بالادوية النفسية .

واستمر برنامج العلاج لمدة شهرين وتم قياس القلق بنفس المقاييس السابقة واتضح ان افضل العلاجات التي اثرت علي القلق النفسي هي العلاج السلوكي يليها العلاج الدوائي ، يليها العلاج بالارشاد النفسي وبالتالي تم خفض نسبة السكر بمعدلات افضل لدى افراد المجموعة التجريبية المستخدمة للعلاج السلوكي يليها مجموعة علاج بالادوية النفسية ، يليها العلاج بالارشاد النفسي . (١١٥ : ٥٩) .

دراسة Martin والتي نشرت في عام ١٩٩٤ تحت عنوان علاج القلق والاكتئاب لمرضى من الراشدين المصابين بالسكري .

قدم الباحث اسلوبين للعلاج : الاول : العلاج النفسي والثاني: العلاج السلوكي .
وذلك لعلاج القلق والاكتئاب لعينة من مرضى السكر قدرت بـ ٣٥ مريضاً بمتوسط عمر قدره ٤١,٦ سنة واستمر برنامج العلاج لمدة ٣ اشهر تلقت المجموعة خلالها ١٨ جلسة نفسية وبعدها تم قياس القلق النفسي والاكتئاب بنفس الادوات التي تم فيها القياس الاول باستخدام مقياس حالة القلق عند Beck وحالة الاكتئاب عند Beck .

وبعد فترة العلاج ومقارنة العينة لنفسها استنتج الباحث انه بعد العلاج امكن التقليل من نسب القلق والاكتئاب لدى المجموعة بشكل جوهري . (١٠٣ : ٣٩)

دراسة Bradeley والتي نشرت عام ١٩٩٤ تحت عنوان اسهامات علم النفس لمرضى مصابين بالسكري وهي من الدراسات النظرية التي اقررت ثلاث اسهامات لعلم النفس في مجال رعاية علاج المرضى المصابين بالسكري .

١- قياس ورصد النتائج السلوكية والعمليات السلوكية .

٢- القدرة الجيدة على المراقبة الذاتية لجلوكوز الدم .

٣- ادارة حالة المشقة .

كما قدم نتيجتين اثنتين امكن التوصل اليهم من خلال الدراسة وهما الارادة الذاتية للوزن والعلاج النفسي لاضطراب الوظيفة الجنسية . (٦٠ : ٢٢-٢٣) .

دراسة Board والتي نشرت في عام ١٩٩٣ تحت عنوان دور العلاج السلوكي القائم علي حسن إدارة المريض لمشكلة السكر لديه مع خفض نسبة الجلوكوز بالدم .

استعان الباحثين بعينتين الأولى المرضي الذين يعانون من السكر وفي حدود ما بين ١٦٠-١٧٠ والعينة الثانية المرضي الذين يعانون من السكر في حدود ١٦٠-١٧٠ إلا ان الاختلاف الوحيد بينهم في ان المجموعة الأولى تتلقي العلاج الدوائي بالإضافة للعلاج السلوكي - أما المجموعة الثانية فتتلقى العلاج الدوائي فقط . واستمر العلاج السلوكي المعتمد علي اسلوب حسن إدارة المريض لمدة ٤ اسابيع وبعدها مباشرة تم قياس جلوكوز الدم وقد انخفض مستوي الجلوكوز بالدم من ١٦٠-١٧٠ الى ١٣٥-١٤٠ واستخلص الباحث ان بالامكان خفض نسبة السكر لا بالعلاج السلوكي فحسب - بل بمزيج من العلاج السلوكي والعلاج الدوائي الا ان المجموعة التجريبية قد استطاعت تخفيض نسب الجلوكوز بالدم فبعد القراءة الاولى ١٦٠-١٧٠ تحسنوا الي ١٥٥ - ١٦٠ (٥٧ : ٦١) .

دراسة Boehm والتي نشرت في عام ١٩٩٣ تحت عنوان التحليل السلوكي اليومي وامكانية خفض نسب الجلوكوز لعينة من مرضى السكر .

المنهج والاجراء :

استعان الباحث بعينة من الراشدين في سن من ٥٠ - ٥٥ سنة مصابة بالسكر منذ ٥ سنوات - وقد حاول الباحثين تدريب المرضى على العلاج السلوكي عن طريق التحليل السلوكي اليومي لكل الانشطة التي من شأنها اثاره القلق والتوتر وتحديدها بدقة واستمر ذلك قرابة ثلاثة اسابيع ثم اخذت عينات عشوائية من الدم لقياس نسبة الجلوكوز بالدم مرة اخرى فوجد الباحث ان هناك انخفاضا ملحوظا وجوهريا في معدلات نسب الجلوكوز بالدم - واستخلص الباحث انه بامكان اسلوب التحليل السلوكي اليومي مواجهة المشقة والتعامل معها بكل جرأة مما عاد مباشرة واسهم في الاقلال من نسب الجلوكوز بالدم .
(٥٨ : ٣١) .

دراسة Lane والتي نشرت في عام ١٩٩٣ تحت عنوان الاسترخاء وعلاج السكر .
ويهدف البحث الحالي لفحص واختبار امكانية حدوث تغيرات في نسب الجلوكوز بالدم باستخدام تقنية (اسلوب) الاسترخاء التصاعدي لذا كون الباحث عينة تجربته واخرى ضابطة .

اما العينة التجريبية تألفت من ٣٨ مريضا في سن ٤٠ سنة وكانت تتلقى العلاج الدوائي -
هذا بالطبع - بالاضافة الى علاج الاسترخاء .

والعينة الضابطة تألفت من ٣٠ مريضا في سن ٤٠ - ٤٢ سنة وكانت تتلقى العلاج الدوائي فقط - علما بان المجموعتين اتفقتا في مرور ٦ - ٨ سنوات على اصابتهما بالمرض .
الاجراء : تم تدريب المرضى من المجموعة التجريبية على تدريبات الاسترخاء التصاعدي فترة ثلاثة اسابيع من التعلم ثم اداء هذه التدريبات في المنزل لمدة اسبوعين بعدها تم قياس نسب الجلوكوز بالدم لكلا المجموعتين - اتضح بالتحليل الاحصائي ان المجموعة التجريبية استطاعت ان تخفض نسبة الجلوكوز بالدم بدرجة اعلى وذات دالة احصائية مقارنة بالمجموعة الضابطة . (٩٤ : ١٨) .

دراسة Viinamaeki و التي نشرت عام ١٩٩١ تحت عنوان العلاج النفسي لمرضى مصابين بالسكري .

حيث قام الباحث تطبيق تجربته علي عينتين

١- عينة تجريبية مؤلفة من ٥٠ مريضاً بالسكري من الراشدين يتلقوا العلاج الدوائي لمرض السكر علاوة علي العلاج النفسي.

٢- عينة ضابطة مساوية للعينة الأولى تقريباً فيما عدا أنها لا تتلقي العلاج النفسي.

استمرت جلسات العلاج النفسي ٦ أسابيع تلقوا خلالها ١٤ جلسة نفسية فردية

وبعدها قام بقياس نسبة السكر - في البداية بالطبع قد تم القياس الأولي ومقارنة النتائج وجد ان افراد المجموعة التجريبية تحسّن عندها السكر تحسناً ملحوظاً مقارنة بأفراد المجموعة الضابطة (١٤٢: ١٥).

دراسة Peseschkian والتي نشرت في عام ١٩٩٠ تحت عنوان

العلاج السيکوسوماتي لمرضي يعانون من السكري قدم الباحث لأفراد المجموعة التجريبية (مرضي السكر) والتي كان قوامها ١٨ مريضاً علاجاً نفسياً (العلاج النفسي الإيجابي) قد مكثوا بالمستشفى فترة تلقيهم للعلاج النفسي وقدرت بثلاث أسابيع وكانت مدة الجلسة ٤٥ دقيقة بواقع مرة اسبوعياً .

وفي أثناء الجلسات النفسية تم اخذ ثلاث عينات من الدم لتحليل نسبة الجلوكوز بالدم أي بواقع مرة أسبوعياً ثم هناك قياس وقراءة رابعة نهائية ومقارنتها بالقراءات السابقة بما فيها القراءة الأولية لكل مريض وقد استنتج الباحث ان هناك تحسناً ملحوظاً في سيطرة المرضي علي مستوي الجلوكوز في الدم أثناء تلقيه العلاج النفسي وكذا بعد اخر جلسة من العلاج المقدم. وعليه فتوصي الدراسة بضرورة توفر أخصائي نفسي طبي حتي يتمكن من تقديم خبراته السيکولوجية لهؤلاء المرضي سواء في الأقسام الداخلية او العيادات الخارجية (١١٨: ٣٧).

دراسة MILTON والتي نشرت في عام ١٩٨٩ تحت عنوان العلاج النفسي القصير المختصر لمرضي المصابين بالسكري.

١- عينة تجريبية يعانون من مرضي السكري منذ ما يقرب من ٨ سنوات قوامها ١٨ مريضاً في سن يتراوح ما بين ٣٣-٥٩ سنة .

٢- عينة ضابطة عن يعانون من مرضي السكري منذ ما يقرب من ٨ سنوات قوامها ١٤ مريضا في سن يتراوح ما بين ٣٦-٤٨ سنة العينة الاولى قدم لها العلاج النفسي المختصر بالاضافة الي العلاج الدوائي وكذلك العلاج الدوائي قدم للمجموعة الضابط دون ان يقدم أي أسلوب من اساليب العلاج النفسي وقد اسفرت نتائج التجربة عن

١- تحسن في مقدار نسبة السكر بالدم لدي افراد المجموعة الضابطة مقارنة بتحسن افراد المجموعة الضابطة .

٢- البحث في المزيد من الادوات السيكولوجية لمساعدة مرضي السكر وعموم الاضطرابات الميكوسوماتية .
(١١١ : ٣٢)

دراسة Hendrich والتي نشرت عام ١٩٨٤ تحت عنوان الطب السلوكي منحنى لمرضي السكر حيث استعرض الباحث في هذه الدراسة التي نشرها في كتاب الطب السلوكي المنحنى النفسي الاجتماعي البيولوجي ، البيئة والصحة فقد قدم الباحث في دراسته هذه تصنيفات مرضي السكر ، علم الفسيولوجي المرضي والسكر ، الرعاية الصحية ، الاعتبارات النفسية الاجتماعية لمرضي السكر ، القوتر وعلاقته بالسكري ، الاضطرابات النفسية المصاحبة لمرضي السكر العلاج المعتمد علي الاسترخاء والعائد الحيوي ، الارشاد النفسي سمات الشخصية المرتبطة بالسكري . مفاهيم عن الطب السلوكي وعلم النفس الصحة وعلم النفس الطبي . (٨٨ : ٦١) .

دراسة SURWIT التي نشرت في عام ١٩٨٤ و هي بعنوان السلوك و السكر و فيها يتناول الباحث في هذه الدراسة النظرية الموضوعات الآتية :

- ١- الطب السلوكي كتدخل لمساعدة مريض السكر و ذلك عن طريقين .
- أ- العلاج السلوكي المعتمد على الاسترخاء .
- ب- العلاج السلوكي المعرفي .

٢- علم النفس الصحة و السلوك المرضى حيث قدرت الأوساط الطبية عدد المرضى المصابين السكري في الولايات المتحدة الأمريكية بـ ١٨ مليون مريض كما يعتبر مرض السكر من الاضطرابات المزمنة في المجتمع الأمريكي .

ويعتبر الباحث ان مهمة علم النفس الصحة تتحصر في الاتي :-

- ١- الوقاية من الاصابة بالاضطرابات قبيلا بدايتها.
- ٢- الارشاد والعلاج في مستهل الاصابة بالمرض .
- ٣- العلاج عن طريق التدخلات النفسية والاساليب السلوكية (١٣٢ : ٤٧) .

تعليق عام على الدراسات السابقة :

بعد عرض الدراسات السابقة التي تناولت موضوع أثر العلاج السلوكي في علاج الاضطرابات المصاحبة لمرض السكر في ضوء بعض المتغيرات الشخصية يتضح لنا أهمية تناول هذا الموضوع بالبحث والدراسة خاصة ان كل الدراسات التي تناولت الموضوع من هذه الزاوية كانت دراسات أجنبية مما يعد مؤشر لنقص المكتبة والتراث العلمي العربي في تناوله هذا الموضوع — هذا ولا شك لما لموضوع علاقة السكر بالاضطراب النفسي على الصعدين ، الصعيد الطبي والصعيد السيكولوجي ومما يؤثر كذلك على أساليب مواجهة هذه الفئة من المرضى لحياتهم اليومية وأشكال التوافق النفسي عموماً بأبعاده الصحية والمهنية والاجتماعية الانفعالية .

أولاً : تعليق على الدراسات التي اهتمت بالاضطرابات الانفعالية والنفسية المصاحبة لمرضى السكر في ضوء بعض المتغيرات الشخصية :

اهتمت دراسات عديدة بهذا المحور من حيث تشخيص الاضطرابات المسببة لمرض السكر سواء (كعوامل مصاحبة أو مترتبة أو مسببة أو مساعدة للإصابة بمرض السكر) وقد استطاعت دراسات ان تثبت وجود عوامل أو اضطرابات نفسية مصاحبة لمرض السكر ولم تستطع البقية إثبات ذلك أو كانت الفروق ليست جوهرية حيث أوضح Taltersall-R (١٩٨١) وهو طبيب أمراض نفسية المظاهر والأعراض الطب النفسية المصاحبة لمرض السكر وكشفت دراسة عن أن مرضاه يعانون من القلق والاكتئاب كما أوصت كذلك بضرورة مشاركة الأطباء والمعالجين النفسيين في تشخيص الاضطرابات النفسية المصاحبة للسكر مع تحليل وعلاج هذه المظاهر وتلك الاعراض في مراحل لاحقة) ومن جهة الأسباب المؤدية للإصابة بالسكري أيدت دراسة Wikinson .D.G (١٩٨١) ان هناك بعضاً من العوامل السيكولوجية بإمكانها تسبب أو على أقل تقدير تقوم كدور مساعد.

— في الإصابة بمرض السكر وأوصت الدراسة بضرورة توفر اخصائي طب سلوكي يعمل في قسم اضطراب الغدد والسكر في المستشفيات الجامعية والتعليمية .

كما أوصت الدراسة كذلك بضرورة فحص القدرات العقلية كالانتباه والتذكر من وقت لآخر لهؤلاء المرضى لتشخيص الاضطرابات المعرفية المؤدية للاصابات المخية بشكل دقيق وسريع .

وكان للاختبارات والاستخبارات النفسية دور هام وبارز للوقوف على هذه العوامل النفسية وتقسيمها وتشخيصها . منها دراسة Naliboff.G (١٩٨٢) التي حاولت تشخيص الاضطرابات النفسية المصاحبة للسكر عن طريق بطارية منسبوتة متعددة الأوجه للشخصية MMPI والتي رصدت عدداً من المصاحبات النفسية كالقلق والاكتئاب والاعياء المرضي والهستريا وأوصت الدراسة بضرورة فحص المرضى المصابين بالسكري كل سنة تقريباً سواء كان الفحص في جانب العوامل الانفعالية او القدرات العقلية او السلوكية.

ويرجع الاطباء النفسيين للاهتمام بموضوع السكر وعلاقته بالمظاهر والاعراض السيكاثيرية (الطب النفسي) في عام (١٩٨٤) على يد SURRIDAGE والتي من خلالها استطاع الباحث بالادوات النفسية عن طريق الاخصائيين النفسيين الاكلينكيين ان يشخص هذه الاضطرابات وان يقدم لهم العلاج المناسب سواء كان تدخل سلوكي او سيكاثيري عن طريق الادوية المضادة للقلق والاكتئاب .

كما لا ننسى الدراسات ذات الابعاد الاجتماعية النفسية كدراسة Alba-perez في عام (١٩٨٥) والتي خلصت ان مرضى السكري يعانون من الوسواس القهري والفصام والقلق والهستريا في ظل بعض المتغيرات الاجتماعية كانهخفاض المستوى الاقتصادي والاجتماعي والثقافي وعلاقته بظهور مثل هذه الاضطرابات النفسية المصاحبة للسكر وعلى نفس المنوال دراسة Peyrot-Mark في عام (١٩٨٥) ودراسة PoloNsky عام (١٩٩٠) .

والدراسة التي حاولت تقييم العصابية لمرضى السكري هي دراسة schaubung في عام ١٩٨٨ واستعان الباحث هنا بمقاس العصابية من استخبار ايزنك للشخصية E.P.Q. وخلص الى ارتفاع العصابية عند مرضى السكري .

وعلى نفس المنوال نسحبت دراسة Gilbert عام (١٩٩١) أهدافها وعنوانها الذي مفاده العلاقات النفس فسيولوجية للعصابية والانبساطية والذهابية من خلال قيام المريض بأنشطة ذات

طبيعة خاملة أو نشطة وخلصت التجربة الى انه كلما زادت معدلات العصائية والانبساطية انخفضت معدلات التحكم في ضربات القلب وبالتالي زادت امكانية القلق النفسي .

ومن الدراسات التي تناولت خصائص وتنظيم الجلوكوز بالدم هي دراسة Lust man,E عام (١٩٩٢) وهي مثل حي للدراسات التي حاولت مباشرة الربط بين الشخصية ومستوي الجلوكوز بالدم وانتهت الدراسة الى ان الدرجات المرتفعة تنبئ بتحكم منخفض لمستوي السكر في الدم .

وعلى نفس الشاكلة هناك دراسة Liakapoulou في عام (١٩٩٢) وان اختلفت الموضوع حيث ضم خصائص الشخصية والعوامل البيئية ومستوى التحكم في جلوكوز الدم .

ومن زاوية العمل وطبيعة المهنة انتهت دراسة Anderson,k عام (١٩٩٥) التي تناولت علاقة العمل بالاصابة بالسكري الا ان اصحاب الاعمال ذات الطبيعة النظرية الفكرية التحليلية اكثر إصابة او عرضة للاصابة من أصحاب الاعمال ذات الطبيعة العملية الحركية .

ودراسات عديدة تناولت خصائص الشخصية عند مريض السكري

دراسة	Mc Cradly	عام ١٩٩٩	دراسة	Orlandini	عام ١٩٧٧
دراسة	Bsick man,A	عام ١٩٩٦	دراسة	Lu-ning	عام ١٩٩٥

ثانياً : تعليق على الدراسات

التي اهتمت بالاضطرابات الانفعالية وعلاجها عن طريق العلاج السلوكي والنفسي واثار العلاج السلوكي والنفسي - واثار العلاج السلوكي على خفض مستوى الجلوكوز بالدم .

فقد تناولت دراسة Hendrick (١٩٨٤) اسهامات الطب النفسي لعلاج المترقيات أو الصاحبات السيكلوجية لمرضى السكري ، وهي من الدراسات النظرية التي اوصت بضرورة تضمين مفاهيم علم النفس الصحة والطب السلوكي وعلم النفس الطبي لدراسات السكر والغدد الصماء عموماً .

ولعل دراسة Milton عام (١٩٨٩) أول دراسة تناولت أثر العلاج النفسي على مرضى مصابين بالسكري وانتهيت الدراسة الى نجاح أسلوب العلاج النفسي المختصر في تحسين نسبة الجلوكوز في الدم هذا من ناحية وتخفيض نسبة الاكتئاب والقلق من ناحية أخرى .

ودراسة Board عام (١٩٩٣) التي حاولت تقييم دور العلاج السلوكي القائم على حسن إدارة المريض لمشكلة السكر لدية مع خفض نسبة الجلوكوز بالدم والتي انتهت الى ان العلاج السلوكي اسهم مباشرة في خفض نسبة الجلوكوز بالدم مع اعتبار العلاج الدوائي كأساس للمعالجة .

ودراسة Boehm عام (١٩٩٥) التي تناولت أثر التحليل السلوكي اليومي وامكانية خفض نسبة الجلوكوز وقد خلصت الدراسة الى امكانية خفض نسبة الجلوكوز باستخدام أسلوب التحليل السلوكي اليومي لمواجهة المشقة والتعامل معها بكل جرأة . وهناك من استخدم اسلوب الاسترخاء لخفض نسبة الجلوكوز وهي دراسة jane عام (١٩٩٣) وذلك باستخدام الاسترخاء التصاعدي وانتهت الدراسة الى امكانية استخدام هذا الاسلوب لخفض نسبة الجلوكوز وبالتالي كالمسلوب علاجي لمساعدة المرضى بالاضافة للعلاج الدوائي الموصوف من قبل الطبيب المعالج .

كما ان هناك دراسة نظرية عام ١٩٨٤ على يد Hendrick التي حاولت الربط بين الطب السلوكي والاضطراب الغدي (السكر) تلك الدراسة التي تناولت موضوعات مثل (علم الفسيولوجيا

المرضى والسكر — والرعاية الصحية والاعتبارات النفس اجتماعية لمرضى السكر —
الاسترخاء والعائد الحيوي لعلاج الاضطرابات النفسية المصاحبة لمرض السكر واخيراً
الارشاد النفسي للتقليل من مشاعر الخوف والمشاعر السلبية عموماً) وهي ان كانت من
الدراسات النظرية الا انها تعد مرجعاً لكثير من الدراسات التجريبية التي تمت بعد ذلك .
وعلى نفس المنوال دراسة surwit في نفس العام والتي كانت تحت عنوان السلوك والسكر
والمتضمنة موضوعي الطب السلوكي وعلم النفس الصحة .

وتخلص دراسة peses chkian والتي نشرت ١٩٩٠ الى ان العلاج النفسي المختصر يفيد مرضى
السكري في التقليل من نسب الجلوكوز لديهم .

وبنفس الأسلوب بعد عام استطاع vinamaeki أن يعالج مرضاه من السكري باستخدام العلاج
النفسي للتقليل من المشاعر السلبية كالخوف والحقد والغضب والكراهية ومن ثم استطاع
بعد ذلك التقليل من نسب الجلوكوز لديهم .

الا أن هناك مجموعة اخري من الابحاث تناولت أثر التدخلات النفسية والعلاجات السلوكية
لعلاج الاضطرابات النفسية المصاحبة لمرضى السكري ، منها دراسة Bradey عام
(١٩٩٤) والتي انتهت الى تمكن المرضى من قياس ورصد النتائج السلوكية
بواسطتهم عن طريق المراقبة والتعامل بشكل جيد مع المشقة وفي النهاية نجح الباحث في
علاج الاضطرابات السيكماتية عند هؤلاء المرضى .

وهناك دراسة okada عام (١٩٩٥) التي تناولت العلاجات النفسية المعتمدة على الارشاد النفسي
والعلاج السلوكي والعلاج بالعقاقير المضادة للاضطرابات النفسية وخلصت التجربة الى
ان افضل العلاجات لعلاج القلق كان كالتالي :

العلاج السلوكي — العلاج بالعقاقير — الارشاد النفسي

وعلياً تذكر دراسة cleveland عام (١٩٩٦) كنموذج مثالي للدراسات التي حاولت علاج
المصاحبات النفسية للاصابة بالسكري والتي خلص منها الباحث الى ان القلق النفسي
انخفض لدى المجموعة التجريبية وبمعدلات كبيرة بعد استخدام الاسلوب الامثل للتدخل
النفسي .

وبالمثل دراسة zettler عام (١٩٩٦) لعلاج الخوف عند مرضى السكري حيث استطاع الباحث علاج الخوف جماعياً عن طريق العلاج الجمعي فكون مجموعات مرضية صغيرة العدد نسبياً كانت المجموعة المرضية الواحدة تتراوح من ٥-٧ أفراد .

وفي عام ١٩٩٧ استطاع الباحث Bruce في ان يقدم العلاج السلوكي المعرفي لخفض المشقة عند مرضى السكري واستخدام أسلوبيين .

احدهما سلوكي (الاسترخاء) والاخر معرفي (المواجهة)
وفي عام (١٩٩٨) استطاع trobe أن يقدم التدخلات المعرفية السلوكية لعلاج المصاحبات النفسية كالقلق والاكتئاب عند مرضى السكري وقد ضمت المجموعات المرضية مرضي مصابين بالربو وآخرين مصابين بالسرطان وهي كلها من الاضطرابات النفس جسمية .

وأخيراً هناك دراسة David في عام (١٩٩٩) التي اثبتت من خلالها ان التوجه السلوكي متعدد المحاور (العلاج السلوكي المعتمد على الاسترخاء والتحليل السلوكي للأنشطة اليومية) أن يتحكم المرضى في انفعالاتهم الضارة كالحنق والغضب والكراهية .

الفصل الرابع

إجراءات الدراسة

١. فروض الدراسة
٢. عينة الدراسة
٣. إجراءات الدراسة
٤. أدوات الدراسة

فروض البحث

وفقا للإطار النظري والسذي احتوى علي موضوعات العلاج السلوكي وفنياته كالاسترخاء والعائد الحيوي، والإطار النظري للاضطرابات الفسيولوجية ووفقا لفرض الدراسات السابقة يمكن صياغة فروض البحث كالتالي:

- ١- توجد فروق دالة احصائيا بين متوسط درجات مرضي السكر والمجموعة الضابطة من الأسوياء علي مقياس العصابية.
- ٢- توجد فروق دالة احصائياً بين متوسط درجات مرضى السكر و المجموعة الضابطة من الاسوياء علي مقياس الانبساطية .
- ٣- توجد فروق دالة احصائياً بين متوسط درجات مرضى السكر و المجموعة الضابطة من الاسوياء علي مقياس الذهانية .
- ٤- توجد فروق دالة احصائياً بين متوسط درجات مرضى السكر و المجموعة الضابطة من الاسوياء علي مقياس الكذب .
- ٥- توجد فروق دالة احصائياً بين متوسط درجات مرضي السكر والمجموعة الضابطة من الأسوياء علي مقياس حالة القلق .
- ٦- توجد فروق دالة احصائياً بين متوسط درجات مرضي السكر والمجموعة الضابطة من الأسوياء علي مقياس سمة القلق .
- ٧- توجد فروق دالة احصائياً بين متوسط درجات مرضي السكر والمجموعة الضابطة من الأسوياء علي مقياس حالة الاكتئاب.
- ٨- توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسط درجات مرضي السكر والمجموعة الضابطة من الأسوياء علي مقياس سمة الاكتئاب.
- ٩- توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسط درجات مرضي السكر من غير المجموعة التجريبية و متوسط درجات مرضى السكر من المجموعة التجريبية في مقياس العصابية.
- ١٠- توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسط درجات مرضي السكر من غير المجموعة التجريبية و متوسط درجات مرضى السكر من المجموعة التجريبية في مقياس حالة القلق.
- ١١- توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسط درجات مرضي السكر من غير المجموعة التجريبية و متوسط درجات مرضى السكر من المجموعة التجريبية في مقياس سمة القلق .
- ١٢- توجد فروق دالة احصائيا بين متوسط درجات مرضي السكر من غير المجموعة التجريبية و متوسط درجات مرضى السكر من المجموعة التجريبية في مقياس الاكتئاب D .
- ١٣- توجد فروق دالة احصائياً بين متوسط درجات مرضى السكر من غير المجموعة التجريبية و متوسط درجات مرضى السكر من المجموعة التجريبية في مقياس حالة الاكتئاب.
- ١٤- توجد فروق دالة احصائياً بين متوسط درجات مرضى السكر من غير المجموعة التجريبية ومتوسط درجات مرضى السكر من المجموعة التجريبية في مقياس نسبة الجلوكوز بالدم .

عينة الدراسة

وجد الباحث انه من الأفضل والأنسب البدء بتطبيق الدراسة الحالية علي عينة استطلاعية من مرضي السكري والأسوياء بقصد تحديد ملائمة ومدي صلاحية هذه الأدوات للتطبيق ومن ثم التيقن من صحة النتائج المبنية عليها واستكشاف معوقات الموقف التطبيقي .

أ- عينة الدراسة الاستطلاعية :-

تكونت تلك العينة من :-

- (٨) حالات مصابين بمرض السكر ممن يتراوح عمرهم بين ٣٧-٤٢ سنة وذلك بمتوسط عمر ٣٨,٩ وانحراف معياري ٢,٠٦ .

- (٨) أفراد من الأسوياء ممن لا يعانون من مرض السكر ولا أي مرض آخر ،ممن يتراوح بين ٤١-٤٦ عاما وذلك بمتوسط عمر ٤٤,٣ وانحراف معياري ٤,٨ .

طرق التطبيق

قام الباحث الحالي بتطبيق أدوات الدراسة علي العينة الاستطلاعية تطبيقا فرديا . وقد استطاع الباحث تطبيق هذه الأدوات من هذه التجمعات .

١-من المستمردين علي عيادة السكر وأمراض الغدد الصماء الخارجية (بمستشفى عين شمس الجامعي) .

٢-من الموظفين العاملين بالمستشفى .

ب:- عينة الدراسة الأساسية

تكونت عينة الدراسة من (٥٢) مريض مصاب بالسكر من المترددين علي العيادة الخارجية (بمستشفى عين شمس الجامعي) وهي العينة التجريبية .

وفي المقابل هناك عينة مكونة من (٥٢) فردا من موظفي وموظفات العاملين بنفس المستشفى وقد استبعد الباحث من العينة الكلية كل ما لا ينطبق عليه شروط البحث والدراسة وابقى فقط علي من تنطبق عليهم شروط البحث .

جدول رقم (٥) يوضح توزيع أفراد عينة مرضى السكر على متغير الجنس :

متغير الجنس المجموعة	الذكور		الإناث		المجموع	النسبة المئوية
	العدد	%	العدد	%		
المجموعة التجريبية	٣٦	%٦٠	٢٤	%٤٠	٦٠	%١٠٠

بالتدقيق في الجدول السابق يتضح ان الذكور وعددهم ٣٦ مريضاً مثلوا نسبة ٦٠ % من حجم العينة في مقابل الإناث البالغ عددهن ٢٤ مريضة مثلوا نسبة ٤٠ % من حجم العينة .

جدول رقم (٦) يوضح توزيع أفراد عينة مرضى السكر على المستوى التعليمي :

المستوى التعليمي	العدد	النسبة المئوية
يقرأ ويكتب	٨	%١٣,٣
المستوى الابتدائي	٩	%١٥
المستوى الإعدادي	١٢	%٢٠
المستوى الثانوي	٢١	%٣٥
المستوى الجامعي	١٠	%١٦,٧
المجموع	٦٠	%١٠٠

يتضح من خلال استعراض الجدول السابق ان أعلى نسبة مئوية وهي ٣٥% وهنا تكون المستوى التعليم الثانوي - وان أدنى نسبة مئوية وهي ١٣,٣% وهنا تكون المستوى الذي يقرأ ويكتب .

جدول رقم (٧) يوضح توزيع عينة مرضى نمط السكر على متغير المسكن :

عدد الحجرات المجموعة	حجرتين		ثلاث حجر		أربعة حجر		أكثر من ٤ حجرات		المجموع	النسبة المئوية
	العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد	%		
التجريبية	٦	%١٠	٣٥	%٥٨,٣	١٥	%٢٥	٤	%٦,٧	٦٠	%١٠٠

بالنظر الى الجدول السابق يتضح ان أعلى نسبة مئوية وهي ٥٨,٣ % وتمثل عدد ثلاث حجرات وان أدنى نسبة مئوية وهي ٦,٧ % وتمثل عدد أكثر من أربعة حجرات .

عينة المجموعة الضابطة : (غير المرضى)

- ١- مجال اختبار العينة
تم اختبار عينة المجموعة الضابطة لهذا البحث من موظفي وموظفات العاملين بمستشفى عين شمس الجامعي في الأقسام الإدارية .
- ٢- أسلوب انتقاء العينة
تم اختيار العينة وفقا للأسلوب التالي
أ (الأساس الطبي : تأكد الباحث من خلال سجلات الموظفين والموظفات العاملين بالمستشفى انهم لا يعانون من مرض السكر ولا أي اضطراب جسمي او نفسي آخر .
ب) استبعد الباحث من العينة الكلية كل من لا تنطبق عليه شروط البحث والدراسة ، أبقى فقط على من تنطبق عليهم هذه الشروط .
ج) خصائص العينة : استعان الباحث باستمارة لجمع البيانات المتعلقة بالعينة ، وسنورد فيما يلي الجداول التي توضح خصائص ومميزات هذه العينة التي منها :

- ١- العمر
- ٢- الجنس
- ٣- المستوى التعليمي
- ٤- المسكن
- ٥- المستوى الاقتصادي
- ٦- الحالة الاجتماعية .

جدول رقم (١٠) يوضح توزيع أفراد عينة الأسوياء على متغير العمر

السن	العدد	النسبة المئوية
-٣٠	١٦	%٢٦,٧
-٣٥	٨	%١٣,٣
-٤٠	١٥	%٢٥
-٤٥	٤	%٦,٧
-٥٠	٦	%١٠
-٥٥	٦	%١٠
-٦٠	٥	%٨,٣
المجموع	٦٠	%١٠٠

بالتدقيق في الجدول السابق يتضح ان أعلى نسبة مئوية هي ٢٦,٧ % وتقابل الفئة العمرية ٣٠ سنة وان أدنى نسبة مئوية هي ٨,٣ % تقابل الفئة العمرية ٦٠ سنة .

جدول رقم (١١) يوضح توزيع أفراد العينة الضابطة على متغير الجنس :

متغير الجنس	الذكور		الإناث		المجموع	النسبة المئوية
	عدد	%	عدد	%		
المجموعة الضابطة	٤٠	%٦٦,٧	٢٠	%٣٣,٣	٦٠	%١٠٠

بالاطلاع على الجدول السابق يتضح ان نسبة الذكور المئوية بلغت ٦٦,٧ % في مقابل نسبة الإناث المئوية التي بلغت ٣٣,٣ % .

جدول رقم (١٢) يوضح توزيع أفراد العينة الضابطة على متغير المستوى الثقافي (التعليم)

النسبة المئوية	المجموع	الجامعي		الثانوي		الإعدادي		الابتدائي		يقرأ ويكتب		مستوى التعليم المجموعة الضابطة
		%	عدد	%	عدد	%	عدد	%	عدد	%	عدد	
%١٠٠	٦٠	%١٠	٦	%٣٦,٧	٢٢	%٤١,٧	٢٥	%١٠	٦	%١,٧	١	المجموعة الضابطة

بالنظر في الجدول السابق يمكن استنباط الآتي : أعلى نسبة مئوية هي ٤١,٧ % يقابلها فئة التعليم الإعدادي أدنى نسبة مئوية هي ١,٧ % يقابلها فئة الذي يقرأ ويكتب .

جدول (١٣) يوزع أفراد العينة الضابطة على متغير الأجر والدخل

النسبة المئوية	المجموع	٤٥٠ ج فأكثر		٣٥٠ جنية		٢٥٠ جنية		١٥٠ ج فأقل		الدخل المجموعة الضابطة
		%	عدد	%	عدد	%	عدد	%	عدد	
%١٠٠	٦٠	%١٦,٦	١٠	%٢٥	١٥	%٤١,٧	٢٥	%١٦,٧	١٠	المجموعة الضابطة

بالنظر الى الجدول السابق يتضح ان أعلى نسبة مئوية كانت ٤١,٧ % وتمثل حجم اجر ودخل مقداره ٢٥٠ جنية في مقابل أدنى نسبة مئوية كانت ١٦,٧ % وتمثل حجم اجر ودخل مقداره ١٥٠ جنية فأقل و ٤٥٠ فأكثر .

جدول (١٤) يوضح توزيع أفراد العينة الضابطة على متغير المسكن :

النسبة المئوية	المجموع	٤ حجرات فأكثر		أربع حجرات		ثلاث حجرات		حجرتين		عدد الحجرات المجموعة
		%	عدد	%	عدد	%	عدد	%	عدد	
%١٠٠	٦٠	%١٥	٩	%٤٦,٧	٢٨	%٢٥	١٥	%١٣,٣	٨	المجموعة الضابطة

جدول رقم (١٢) يوضح توزيع أفراد العينة الضابطة على متغير المستوى الثقافي (التعليم)

النسبة المئوية	المجموع	الجامعي		الثانوي		الإعدادي		الابتدائي		يقرأ ويكتب		مستوى التعليم المجموعة الضابطة
		%	عدد	%	عدد	%	عدد	%	عدد	%	عدد	
%١٠٠	٦٠	%١٠	٦	%٣٦,٧	٢٢	%٤١,٧	٢٥	%١٠	٦	%١,٧	١	المجموعة الضابطة

بالنظر في الجدول السابق يمكن استنباط الآتي : أعلى نسبة مئوية هي ٤١,٧ % يقابلها فئة التعليم الإعدادي أدنى نسبة مئوية هي ١,٧ % يقابلها فئة الذي يقرأ ويكتب .

جدول (١٣) يوزع أفراد العينة الضابطة على متغير الأجر والدخل

النسبة المئوية	المجموع	٤٥٠ ج فأكثر		٣٥٠ جنيه		٢٥٠ جنيه		١٥٠ ج فأقل		الدخل المجموعة الضابطة
		%	عدد	%	عدد	%	عدد	%	عدد	
%١٠٠	٦٠	%١٦,٦	١٠	%٢٥	١٥	%٤١,٧	٢٥	%١٦,٧	١٠	المجموعة الضابطة

بالنظر الى الجدول السابق يتضح ان أعلى نسبة مئوية كانت ٤١,٧ % وتمثل حجم اجر ودخل مقداره ٢٥٠ جنيه في مقابل أدنى نسبة مئوية كانت ١٦,٧ % وتمثل حجم اجر ودخل مقداره ١٥٠ جنية فأقل و ٤٥٠ فأكثر.

جدول (١٤) يوضح توزيع أفراد العينة الضابطة على متغير المسكن :

النسبة المئوية	المجموع	٤ حجرات فأكثر		أربع حجرات		ثلاث حجرات		حجرتين		عدد الحجرات المجموعة
		%	عدد	%	عدد	%	عدد	%	عدد	
%١٠٠	٦٠	%١٥	٩	%٤٦,٧	٢٨	%٢٥	١٥	%١٣,٣	٨	المجموعة الضابطة

بالنظر فسي الجدول السابق يتضح ان أعلى نسبة مئوية كانت ٤٦,٧ % والتي تمثل القاطنين في سكن مؤلف من أربعة حجرات بينما أدنى نسبة مئوية كانت ١٣,٣ % والتي تمثل القاطنين في سكن مؤلف من حجرتين .

جدول (١٥) يوضح توزيع أفراد العينة الضابطة على متغير الحالة الاجتماعية

النسبة المئوية	المجموع	أعزب		مطلق		أرمل		متزوج		الحالة الاجتماعية المجموعة الضابطة
		%	عدد	%	عدد	%	عدد	%	عدد	
%١٠٠	٦٠	%٢١,٧	١٣	%٦,٧	٤	%٢٣,٣	١٤	%٤٨,٣	٢٩	المجموعة الضابطة

بالنظر في الجدول السابق يتضح ان أعلى نسبة مئوية كانت ٤٨,٣ % والتي تمثل فئة المتزوجين والمتزوجات - في حين ان أننى نسبة مئوية كانت ٦,٧ % والتي تمثل فئة المطلقين والمطلقات .

إجراءات الدراسة

قام الباحث بتطبيق أدوات البحث التي انقسمت الى قسمين :

الأول : مقاييس هدفت الى تحديد الاضطرابات النفسية المصاحبة لمرض السكر .

الثاني: الأدوات التدخلية (العلاجية) المساعدة لمرضى السكر في احتواء هذه الاضطرابات المصاحبة لمرضهم.

وتم تقديم الأدوات القياسية لكلا المجموعتين ، المجموعة التجريبية من مرضى السكر ، والمجموعة الضابطة من الأسوياء .

أما الأدوات التدخلية العلاجية فقد تعرض لها أفراد المجموعة التجريبية فقط . وقد تم تطبيق الأدوات القياسية والتدخلية بطريقة فردية .

وتم التطبيق في ضوء تعليمات كل مقياس كما هو موضح بكراسة التعليمات وقد تم تقديم الاختبارات النفسية بهذا التسلسل لكلا المجموعتين على النحو التالي :

- ١- اختبار ايزنك للشخصية
- ٢- مقياس اكتئاب الحالة بيبك
- ٣- استفتاء الذات^١ الصورة (س - ١) قلق الحالة .
- ٤- استفتاء الذات الصورة (س - ٢) قلق السمة .
- ٥- مقياس الاكتئاب

واخيراً تم تعريض أفراد المجموعة التجريبية لأسلوب الاسترخاء والعائد الحيوي ومقياس نسبة الجلوكوز بالدم .

هذا وقد استغرق تطبيق الاختبارات النفسية ساعة ونصف الساعة في المتوسط وذلك تبعاً لظروف المفحوص وسرعته أو بطئه في الأداء على المقاييس .

هذا فيما يتعلق بالجانب القياسي التشخيصي للوقوف على الاضطرابات النفسية المصاحبة لمرض السكر - أما فيما يتعلق بالجانب التدخل العلاجي فكان على النحو التالي :

١- الأدوات والأساليب العلاجية اشتملت على :

أ - تدريبات الاسترخاء

ب - العائد الحيوي

ج - جهاز قياس نسبة الجلوكوز بالدم .

٢- هذه الأدوات تعرض لها أفراد المجموعة التجريبية $n = 30$ مريضاً

٣- قننت جلسة الاسترخاء بمساعدة جهاز العائد الحيوي بثلاثين (٣٠) دقيقة .

٤- استعان الباحث بأسلوب JACOBSON للاسترخاء

٥- يحتاج التدريب على الاسترخاء الى :

(أ) مكان هادئ مناسب وحجرة بها كل مستلزمات الاسترخاء

(ب) كرسي للاسترخاء .

استخدم الباحث كرسي الاسترخاء بعد تدريب المفحوصين على الاسترخاء بممارسة التدريبات المعروفة باسم جاكوبسون للتأكد من ان المفحوص قد وصل الى مستوى عميق من الاسترخاء وهذا الكرسي يتميز بالآتي :

١. القوة الكهربائية ١١٠ - ١٢٠ فولت .

٢. السرعة العادية ٥٠٠ هيرتز كحد أقصى في زمن قدره ٢٣ دقيقة .

٣. أقصى سرعة ٥٠ هيرتز كحد أقصى في مدى زمني قدره ٣٣ ثانية .

٤. المدى الطولي الذي يرتفع وينخفض فيه ٤٧ سم

٥. أبعاده ٦٦,٥ سم ارتفاعه ٦٩ سم عرض ١١٦ سم طول

٦- استعان الباحث بجهاز العائد الحيوي المتعارف عليه باسم Frontal EMG صمم هذا الجهاز لقياس التوتر العضلي للقياسات الدقيقة للنشاط الكهربائي للعضلات المتوترة .
ويستخدم هذا الجهاز في العديد من التطبيقات الإكلينيكية الآتية :

- (أ) الشلل الهستيرى نتيجة صدمات نفسية .
- (ب) علاج لوازيم عصبية .
- (ج) علاج أنواع الصداع المختلفة.
- (د) كما يستخدم في تكتيك الاسترخاء أو التسكين المنظم .

ويعتمد جهاز EMG في علاج الأمراض السابقة على الدور الهام والأساسي الذي يلعبه في مجال تدريبات الاسترخاء حيث انه يمد المفحوص بتغذية رجعية عن مدى توتره العضلي بالصوت والصورة ثم مساعدته من خلال الجهاز على الاسترخاء والتحكم في التوتر بخفضه تدريجيا ومن خلال التدريبات المستمرة يصل المفحوص الى حالة عميقة من الاسترخاء يتمكن بعد وصوله الى الحالة العميقة من الاسترخاء من التحكم المطلوب (خفض مستوى التوتر) ويلتقط الذبذبات الكهربائية الدالة على مستوى التوتر بالعضلة المراد قياس توترها عن طريق أقطاب كهربائية توضع على العضلة المراد قياسها وقياس توترها .

والجهاز يتكون من الأجزاء التالية

1- Electro myographic EMG120 ,

- وزن الجهاز ٤,٥ ك جرام
- أبعاده = ٥٠٠ طول × ٣٣٠ عرض × ١٠٠ ملليمتر ارتفاع
- مدى المقاييس = صفر ، ٣ ، ١٠ ، ٣٠ ، ١٠٠ ، ٣٠٠ ، ١٠٠٠
- قوة التشغيل = ٢٤٠ فولت ٥٠ هيرتز
- مدى الترددات المرتفع = ١٠ ، ١٠٠ هيرتز
- مدى الترددات المنخفض = ٢٠٠ ، ١٠٠٠ هيرتز

٢- Digital intergrator DI 120

- أبعاده ٥٠٠ طول × ٣٣٠ عرض × ٦٠ مللي ارتفاع
- وزن ٣ ك جرام

٣- Light Bar LB 120

- قوة التشغيل ٢٤٠ فولت ٥٠ هيرتز
- أبعاده = ٥٠٠ طول × ٣٣٠ عرض × ٧٠ مللي ارتفاع
- وزن ٣,٥ ك جرام

٧ -جهاز قياس نسبة الجلوكوز بالدم

يتكون هذا الجهاز من هذه الأجهزة :

- ١ - شاشة العرض مع ميكانيكية التشغيل .
 - قوة التشغيل ٣,٥ فولت بواسطة بطاريات
 - الأبعاد ١٣ سم طول × ٧ سم عرض × ٢ سم ارتفاع
- ٢ -المحقن المدبب للحصول على عينة الدم
 - الطول ١٠ سم × ١,٥ سم قطر
- ٣ - علبة الشرائط الخاصة بالعرض .

و في البداية يتم تدريب وتعليم المريض تمرينات الاسترخاء ويتطلب الأمر أن تكون هذه التمرينات مدتها نصف ساعة ولمدة تراوحت من ٨ - ١٠ جلسات تبعاً لمقدرة وإمكانية كل مفحوص في تعلم هذه التمرينات .

بعد إتقان المفحوص لتدريبات الاسترخاء أنه يتم تعريض المريض لجهاز العائد الحيوي للثبوت من مقدار الاسترخاء وذلك باستخدام معينات بصرية وسمعية مكبرة تساعد المفحوص علي إحداث مزيد من الاسترخاء وإحلاله مكان التوتر والقلق والشد في العضلات ولا سيما عضلات الرقبة والساعدين والأكتاف .

وقد أستمر هذا الإجراء العلاج بالعائد الحيوي لمدة من ٦-٧ جلسات ولمدة نصف ساعة في كل مرة - علماً بأن العلاج بالاسترخاء والعائد الحيوي قد تم بطريقة فردية .

أدوات الدراسة

...

١- مقياس استخبار أيزنك للشخصية

EYSENCK PERSONALITY QUESTIONNIRE (E.P.Q)

قام بإعداد الصيغة العربية للمقياس احمد عبد الخالق، وقد ترجمت إلى العربية بنود استخبار أيزنك للشخصية (وكان عددها ١٠١) (ترجمات عديدة استفاد منها واعتمد عليها أحمد عبد الخالق و قام بتحسينها ، وخضعت الصيغة العربية المبكرة لعدد غير قليل من المراجعات المستفيضة من قبل عبد الخالق فضلا عن عدد من المتخصصين في كل من علم النفس وأساتذة اللغة العربية الذين يتقنون اللغتين العربية والإنجليزية ، ثم طبقت الصيغة النهائية علي ١٣٣٠ مفحوصا ، ٦٤١ ذكرا ، ٨٨٩ أنثى من المصريين وكان متوسط أعمار العينتين علي التوالي (٢٣,٤٢ - ٦,٨٤ ، ٢١,٦٩ + ٤,٥٥) ولا تعد هاتين العينتين عينات عشوائية ممثلة للمصريين ومع ذلك فإنها ضمت نوعيات مختلفة من الطلاب والمدرسين والمرضات والأطباء والكتبة والأخصائيين الاجتماعيين وربات المنازل والمحاسبين والمهندسين والفنيين والمحامين وحلت بيانات الذكور منفصلة عن الإناث وذلك باستخدام الإحصاءات الآتية :

— معاملات ارتباط بيرسون

— التحليل العاملي بطريقة المكونات الأساسية

— التدوير المتعامد بطريقة فار يماكس .

مع استخدام العوامل الأربعة الأولى فقط لأغراض التدوير ويكون استخبار أيزنك للشخصية من

أربعة مقاييس

١- العصائية

٢- الذهانية

٣- الانبساط

٤- الكذب

ويمثل كل بعد عددا من الأسئلة تتراوح من ١٨ — ٢٤ سؤال .
والإجابة علي كل بند من الاختبار لا يتطلب غير الإجابة بنعم أو بلا ويستغرق الاختبار في العادة ما بين النصف الساعة والخمسة والأربعين دقيقة .

ثبات المقياس

اعتمد حساب بثبات المقياس علي طريقتي إعادة الاختبار والتجزئة النصفية.

١- طريقة إعادة الاختبار : بفاصل زمني بين الإجراءين يتراوح ما بين ١٨-٢٥ يوما أو قد حسب معامل الارتباط " بيرسون " بين نتائج التطبيقين وكان معامل الثبات بهذه الطريقة ٠,٨١ ، وتلك قيمة تدل علي معامل ثبات مرض يوثق به.

٢- طريقة التجزئة النصفية (سبيرمان وبروان) حيث حسب معامل الارتباط بين جزئي المقياس (الفردي — الزوجي) ، وكان معامل الثبات = ٠,٧٧ ، وهي قيمة مناسبة للتحقق من ثبات المقياس (٤ : ٣٦) .

أما في الدراسات الحالية فقد قام الباحث بإعادة حساب ثبات المقياس في الدراسة الحالية زيادة في الدقة ومراعاة لاختلاف طبيعة العينة الأساسية للدراسة الحالية عن عينات تقنين تلك المقاييس — وقد تم حساب معامل الثبات باستخدام معادلة سبيرمان — بروان SPEARMAN C.&BROWMW للتجزئة النصفية — وقد بلغ معامل ثبات المقياس ٠,٨٣ وهو معامل ثبات مرتفع ومقبول وذلك علي عينة مرض السكر (ن = ٣٠) .

صدق المقياس

اعتمد صدق المقياس علي طريقتين :-

— الصدق الداخلي : علي أساس ارتباط كل بند من بنود المقياس بالدرجة الكلية علي المقياس — واتضح أن كل معاملات الصدق الداخلي دالة إحصائيا بدرجة تكفي للثقة في المقياس .

الصدق العاملي :- وذلك بحساب درجة تشبع الاختبار بهذه السمة باستخدام التحليل العاملي ، وقد أسفرت

نتائج التحليل العاملي عن استخلاص عدد من العوامل التي تعبر عن مظاهر العصائية والذهانية والانبساط والكذب . واتضح أن العوامل المستخرجة من كل مقياس فرعي ترتبط فيما بينها ارتباطاً قوياً مرتفعاً.
(٤ : ٣٣)

أما في الدراسة الحالية فقد تحقق من صدق المقياس بواسطة الطريقة التالية :
— الصدق التلازمي — وذلك بإيجاد معامل الارتباط بين درجات أفراد عينة الراشدين المصابين بالسكر علي مقياس العصائية (٢٣) بندا وبين درجاتهم علي مقياس سمة القلق المستخرجة من قائمة القلق لشيلبرجر .
وقد بلغ معامل الارتباط بين المقياسين (ر = ٠,٧٠) وهو معامل ارتباط مرتفع .

٢- قائمة حالة وسمة القلق لشيلبرجر STAi
طورت أمنية كاظم احدث صورة من صور قائمة حالة وسمة القلق stai وهي الصورة (س) إلى الصيغة العربية واتبعت في ذلك الخطوات التالية :

أ- نقلت الباحثة بنود مقياس قائمة حالة وسمة القلق في صورتها (س) إلى اللغة العربية وهما مقياس حالة القلق (س-١) ومقياس سمة القلق (س-٢) وكذلك التعليمات الخاصة بهما ، وقد طبع كل مقياس علي ورقة منفصلة .

ب — جرب كل من المقياسين علي ٨٠ طالبة من طالبات جامعة الكويت وذلك عينتين كل منهما أربعين فردا للاطمئنان إلى وضوح صياغة البنود والتعليمات وملاءمتها للبيئة العربية .

ج - أعيدت صياغة بعض بنود المقياسين بناء على ما أثاره موقف الإجراء حتى يزيد ذلك من وضوح المعنى المقصود من البند في حين لم يتكلف الأمر أي تعديل في صياغة أي من تعليمات المقياسين .

د : بلغت عينات التقنية الكلية التي استخدمتها الباحثة حوالي ١٨٢٠ فردا مقسمة على عينات مختلفة صنفت هذه العينات من حيث مراحل الدراسة (ثانوي - جامعي) ومن حيث الجنس (طلبة - طالبات) ومن حيث الجنسية (كويتي - غير كويتي) (٧ : ١٧) .

ثبات المقياس .

حسب ثبات كل مقياس حالة القلق - سمة القلق stai في صيغتها العربية بعد طرق هي :
طريقة إعادة الاختبار . طريقة التجزئة النصفية .

ففي إعادة الاختبار :

أعيد الاختبار على العينة بفاصل زمني مقداره ١٢ - ١٧ يوم وحسب معامل الارتباط بيرسون بين نتائج التطبيقية ، وكان معامل الثبات بهذه الطريقة = ٠,٨٨ ، وتلك قيمة تعد موثوق بها .

أما التجزئة النصفية (سبيرمان وبروان) حيث حسب معامل الارتباط بين جزئي المقياس (الفردي - الزوجي) .

وكان معامل الثبات بذلك = ٠,٧٣ ، وتلك قيمة مناسبة (نوعا ما) للتحقق من صدق المقياس (٧ : ٢٢)

أما في الدراسة الحالية فقد تحقق الباحث من ثبات المقياس بهذه الطريقة .

طريقة إعادة الاختبار : أعيد الاختبار على عينة التجربة بفاصل زمني بلغ ١٤ يوما وحسب معامل الارتباط بيرسون بين نتائج التطبيقين ، وكان معامل الثبات بهذه الطريقة = ٠,٧٢ ، وتلك قيمة يمكن الوثوق بها .

الإكلينيكية للإعراض والاتجاهات التي كانت تظهر علي المكتئين بتكرار أكثر من ظهورها علي غير المكتئين .

ويستخدم مقياس الاكتئاب (د) أساسا لتقييم شدة الاكتئاب ونجاحه وقد أثبت الدراسات حساسيته للتغيرات التي تصاحب محاولات العلاج الدوائي ووسائل العلاج النفسي المختلفة وعلي الرغم من أن الاختبار كان قد صمم أساسا للاستخدام مع المرضى النفسيين إلا إنه يعد مقياسا مناسباً كذلك للكشف عن الاكتئاب لدي البالغين من غير المرضى (٥٠ : ١٢) .

الخصائص السيكومترية للمقياس :-

تم إجراء عدة دراسات لبحث العلاقة بين الدرجة علي المقياس الكلي للاكتئاب (د) والذي يتكون من ٢١ مجموعة من العبارات وبين المقياس المختصر لهذا المقياس كذلك في الدراسة الأولى تم تطبيق المقياس الكامل علي ٥٠ من الإناث متوسط عمر مقداره ٣١,٨٤ وانحراف معياري قدرة ٨,١٤ ووصل معامل الارتباط بين الدرجة الكلية علي المقياس الكامل والدرجة علي المقياس المختصر إلي ٠,٩٦ (١٢٨ : ٧٥) .

تطبيق مقياس الاكتئاب وتصحيحه :

علي الرغم من أن مقياس الاكتئاب (د) قد صمم أصلا للاستخدام بواسطة اختصاصيين مدربين ، إلا إنه غالبا ما يمكن تطبيقه ذاتيا (١٨ : ٢٢) .

وأوضحت بعض الدراسات الأجنبية بأن مستوي القراءة المطلوبة من المفحوص حيث يتمكن من الاستجابة علي مقياس الاكتئاب (د) هو الصف الثالث الابتدائي (٤٧ : ١٩) .

ويمكن إجراء مقياس الاكتئاب (د) فرديا أو علي مجموعة من الأفراد ويستغرق الإجابة علي الأسئلة فيما بين ٨ — ١٢ دقيقة .

وبالنسبة للتصحيح فإن المقياس يتكن من ٢١ مجموعة من العبارات وتتراوح الدرجة علي المقياس من صفر = لا يوجد اكتئاب إلي درجة ٦٦ = اكتئاب مرتفع جدا .

ثبات المقياس

استخدم معد المقياس إلي العربية طريقتين لثبات مقياس الاكتئاب (د) وهي القسمة النصفية وطريقة إعادة التطبيق .

في القسمة النصفية معامل الارتباط بين الجزئين = ٠,٧٧ وباستخدام معادلة سبيرمان — بروان وصل معامل الارتباط إلي ٠,٧٨ وهو معامل دال عند مستوى ٠,٠٠١ وباستخدام طريقة إعادة التطبيق وصل معامل الثبات ٠,٧٧ وهو معامل دال عند مستوى ٠,٠٠١ (١٨ : ٥٦) .

وفي الدراسة الحالية أعتمد الباحث للتحقق من المقياس علي طريقة إعادة الاختبار بفواصل زمني بين الإجراءين تراوح ما بين ١٤ — ١٦ يوما وقد حسب معامل الارتباط بيرسون بين نتائج التطبيقين وكان معامل الثبات بهذه الطريقة ٠,٧٩ وتلك قيمة تدل علي معامل يوثق به .

صدق المقياس

استخدمت طريقة الصدق التلازمي في دراسة صدق مقياس الاكتئاب (د) في البيئة العربية فقد تم إيجاد معامل الارتباط بين مقياس الاكتئاب ومقياس الاكتئاب في مقياس الشخصية متعددة الأوجه MMPI ووصل معامل الارتباط علي المقياس = ٠,٦٠ وهو معامل دال عند مستوى ٠,٠٠١ (٢٥ : ١٨) .

أما في الدراسة الحالية فقد أعتمد الباحث للتحقق من صدق المقياس علي طريقة الصدق التلازمي — وذلك بين المقياس محل الدراسة ومقياس الاكتئاب في مقياس الشخصية متعددة الأوجه MMPI وقد وصل معامل الارتباط علي المقياس حوالي ٠,٧٣ وهو معامل مرتفع ومقبول .

الفصل الخامس

مناقشة نتائج الدراسة

- ١- تفسير الفروض و التحقق منها ومناقشة نتائج الدراسة
- ٢- توصيات الدراسة
- ٣- مراجع الدراسة
اولا : المراجع العربية
ثانيا : المراجع الأجنبية
- ٤- ملاحق الدراسة

النتائج ومناقشتها

١- تفسير الفروض و التحقق منها و مناقشة نتائج الدراسة

أولاً: مناقشة الفرض الأول :

ينص الفرض الأول على انه :-

توجد فروق دالة احصائية بين متوسط درجات مرضى السكر والمجموعة الضابطة من الاسوياء على مقياس العصابية .

وللتحقق من هذا الفرض فقد تم استخدام إختبار ت في حالة تساوى العينين وكانت النتائج كما يلي:
جدول رقم (١٥) يوضح المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وقيمة (ت) للمجموعتين على مقياس العصابية

مستوى الدالة	قيمة ت	مجموعة ضابطة ٦٠ - ٢٠		مرضى السكر ٦٠ - ١٠		المجموعات العصابية
		٢٤	١٢	١٤	١٢	
دالة عند مستوى ٠,٠١	٤,٧٥	٢,٣٤	٧,٩٣	٤,٠٠٨	٩,٩٦	

• تصبح قيمة ت دالة عند مستوى ٠,٠١ عندما تكون $t \leq 2.36$

• تصبح قيمة ت دالة عند مستوى ٠,٠٥ عندما تكون $t \leq 1.66$

• وباستعراض نتائج جدول (١٥) يتضح وجود فرق دلالة احصائية بين متوسط درجات المصابين بالسكر ومتوسط درجات الاسوياء على مقياس العصابية من اختبار ايزنك الشخصية وبالتالي يتضح صدق الفرض الاول للدراسة وهو ما يتفق مع عددا من الدراسات السابقة - حيث اشارت دراسة Jacobson عام ١٩٩٧ إلى وجود العصابية عند مرضى السكرى خلال مقارنة بمجموعة الاسوياء علما بأن مجموعة الاسوياء كانوا يعانون كذلك من العصابية ولكن الفرق بين متوسط المجموعتين دال وفي صالح المجموعة التجريبية (٩٠ : ٢٣)

كما ان دراسة Binger عام ١٩٧٥ التي تناولت السمات الشخصية المميزة لمرضى السكرى . فقد اشارت نتائج الدراسة ان من كان اكثر عصائية وبالتالي أعلى قلقا لم يستطيع التحكم الدائم فى مستويات الجلوكوز بالدم ذلك ان العصائية وغيرها كالاضطرابات النفسية المصاحبة للسكرى كالقلق والاكتئاب كفيلة بإحداث شروط وظروف ميسرة لإثارة إنفعالية قوية الامر الذى يعود على هيئة ارتفاع فى نسب الجلوكوز بالدم . (١٥ : ٥٦) .

ثانيا : تفسير الفرض الثانى

ينص الفرض الثانى على :

- * توجد فروق دالة احصائية بين متوسط درجات المرضى المصابين بالسكر ومتوسط درجات غير المصابين بالسكر على مقياس الانبساطية .
- * وتحليل النتائج المتعلقة بهذا الفرض تم استخدام اسلوب قانون اختبار (ت) فى حالة تساوى العينتين وقد كانت النتائج كما يلى :

جدول (١٦) يوضح النتائج الاحصائية المتعلقة بالفرض الثانى :

مستوى الدلالة	قيمة ت	بمجموعة ضابطة $N = ٦٠$		بمجموعة تجريبية $N = ٦٠$		المجموعات
		٢٤	٢٢	١٤	١٢	
دالة عند ٠,٠٥	٢,١٤	٣,٩٤	١٩,٥٣	٦,١٣	٢٢,١٨	الانبساطية

مناقشة نتائج الفرض الثانى :

وينص الفرض الثانى على :

- * توجد فروق دالة احصائية بين متوسط درجات المرضى المصابين بالسكر ومتوسط درجات غير المصابين بالسكر على مقياس الانبساطية .
- * وقد اتضح من خلال التحليلات الاحصائية الموضحة فى الجدول رقم (١٦) وجود فروق ذات دلالة احصائية بين متوسط درجات المرضى المصابين بالسكر ومتوسط درجات غير المصابين بالسكر على مقياس الانبساطية .
- * ويتضح من ذلك صدق الفرض الثانى للدراسة وهو ما يؤيد من خلال نتائج التراث البحثى حيث أشارت دراسة liakopoulou, e سنة ١٩٩٢ الى وجود فروق جوهرية بين الاسوياء والمرضى على بعد الانبساطية . (٩٧ : ٨٤) .

ثالثا : عرض ومناقشة الفرض الثالث للدراسة :

تفسير الفرض الثالث

ينص الفرض الثالث على أنه :

- يوجد فروق دالة احصائية بين متوسط درجات المرضى المصابين بالسكر ومتوسط درجات الغير مصابين بالسكر على المقياس الفرعي لاستخبار إيزيك للشخصية (الذهانية) . ولتحليل وتفسير هذا الفرض فقد تم تطبيق أسلوب قانون (ت) الاحصائي في حال تساوى العينتين وكانت النتائج كما يلي :

جدول (١٧) يوضح النتائج الاحصائية المتعلقة بالفرض الثالث

الجموعات	مجموعة تجريبية ن ^١ = ٦٠		مجموعة ضابطة ن ^٢ = ٦٠		قيمة ت	مستوى الدلالة
	١٢	٢٢	١٤	٢٤		
الذهانية	٨,٤٥	٣,٩	٦,١٥	٢,١	٣,٣٢	دالة عند مستوى ٠,٠١

- وباستعراض نتائج الفرض الثالث يتضح وجود فروق دالة احصائية بين متوسط درجات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة - وعليه يتضح صدق الفرض الثالث من الدراسة - وهذا ما أُويد بالفعل في دراسة liakopolou سنة ١٩٩٢ حيث وجد الباحث ان المجموع الضابطة (الاسوياء) حصلوا على درجات اقل من درجات المجموعة التجريبية (مرضى السكر) (٩٧ : ٨٣) .

رابعا : تفسير الفرض الرابع :

ينص الفرض الرابع على :

- توجد فروق دالة احصائية بين متوسط درجات المرضى المصابين بالسكر ومتوسط درجات غير المصابين بالسكر على مقياس (الكذب) .

- ولتحليل هذا الفرض تم استخدام أسلوب اختبار (ت) في حالة تساوى العينتين كما يلي :

جدول رقم (١٨) يوضح النتائج الاحصائية الخاصة بالفرض الرابع :

الجموعات	مجموعة تجريبية ن ^١		مجموعة ضابطة ن ^٢		قيمة ت	مستوى الدلالة
	١٢	١٤	٢٢	٢٤		
الكذب	١٦,٠٤	٣,٥٤	١٣,٤٦	٢,٩٥	٢,٨٤	دالة عند مستوى ٠,٠١

- ينص الفرض الرابع انه توجد فروق دالة احصائية بين متوسط درجات المرضى المصابين بالسكر ومتوسط درجات غير المصابين بالسكر على مقياس (الكذب) .
- ولتحليل هذا الفرض تم استخدام أسلوب اختبار (ت) في حالة تساوى العينتين - ويتضح من خلال هذه التحليلات الاحصائية الموضحة بالجدول رقم (١٨) وجود فروق ذات دلالة احصائية بين متوسط درجات المرضى المصابين بالسكر ومتوسط درجات غير المصابين بالسكر على مقياس (الكذب)
- وبذلك ويتضح صدق الفرض الرابع للدراسة وهو ما يؤيد من خلال مراجعة الدراسة السابقة التى منها دراسة Lu - Ning سنة ١٩٩٥ . (٩٩ : ٦٠) ودراسة lustman, سنة ١٩٩٢ . (١٠١ : ٣٠٧) .

خامسا : مناقشة الفرض الخامس :

ينص الفرض الخامس على انه :-

توجد فروق دالة احصائية في متوسط درجات مرضى السكر والمجموعة الضابطة من الاسوياء على مقياس حالة القلق .

وللتحقق من هذا الفرض فقد تم استخدام اختبار "ت" في حالة تساوى العينين وكانت كما يلي "

جدول رقم (١٩) يوضح المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وقيمة "ت"

للمجموعتين على مقياس قلق الحالة .

مستوى الدلالة	قيمة ت	مجموعة ضابطة ٢٠-٢٨		مجموعة تجريبية ١-١٠		المجموعات قلق الحالة
		٢٤	٢٨	١٤	١٨	
داله عند مستوى ٠,٠١	٢,٥٣	١٠,٣٤	٢٤,١٨	٩,٨٦	٢٨,٤	

وباستعراض نتائج الفرض الخامس يتضح وجود فروق دالة احصائية بين متوسط درجات مجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة - وعليه يتضح صدق الفرض الخامس للدراسة يؤيد هذه النتيجة ما توصل إليه ينوماك Neumak عام (١٩٩٦) حيث وجد الباحث ارتفاعا في معدلات القلق لدى عينة مرضى السكر مقارنة بالاسوياء واعتمد الباحث في هذه الدراسة على اسلوب الاختبارات النفسية لقياس القلق النفسى - كما اعتمد كذلك على محكات الدليل التشخيصى والاحصائى لتصنيف الامراض النفسية - وتم مضاهاة نتائج الاختبارات النفسية التى تقيس القلق النفسى (اختبار

هاملتون للقلق) ونتائج التصنيف وانتهت الدراسة الى ان القلق كان اعلى من القلق لدى افراد العينة الضابطة والفرق جوهري . (١١٣ : ١٧)

أما دراسة Okda عام (١٩٩٥) التي تناولت فيها الباحث مشكلة أيهما أكثر ارتباطا بمرض السكرى قلق الحالة أم قلق السمة - وقام الباحث بتقديم اختبار شيلرجر (قائمة القلق) على المجموعة التجريبية وبمقارنة درجات المرضى على المقياسين تبين للباحث ان قلق الحالة كان اعلى من درجات قلق السمة وبالتالي اعتبر الباحث ان قلق الحالة أكثر ارتباطا بمرض السكر من قلق السمة . (١١٥ : ٢٢)

وفي عام ١٩٩٦ حاولت الدراسة التي قام بها Stauss ان تقيس القلق النفسى لدى مرضى السكرى .

واستعان الباحث باختبار تيلر الصريح - وقد توصل الباحث ان درجات أو متوسط درجات القلق لدى المجموعة التجريبية كانت اعلى من متوسط درجات القلق لدى المجموعة الضابطة وان الفرق جوهري وذا دلالة احصائية . (١٣٠ : ٣٥)

سادسا : مناقشة الفرض السادس :

ينص الفرض السادس على أنه :-

" توجد فروق دالة احصائية بين متوسط درجات مرضى السكر والمجموعة الضابطة من الاسوياء على مقياس سمة القلق "

وللتحقق من هذا الفرض فقد تم استخدام اختبار ت في حالة تساوى العينتين وكانت النتائج كما يلي :

جدول رقم (٢٠) يوضح المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وقيمة "ت" للمجموعتين على مقياس سمة القلق .

مستوى الدلالة	متجه ت	مجموعة ضابطة ن = ١٠		مجموعة تجريبية ن = ١٠		المتوسط قلق السمة
		٢٤	٢م	١٤	١م	
دالة عند مستوى ٠,٠١	٦,٢٨	٥,٧٢	٢٣,٢	٩,٧٩	٢٩,٧٦	

- وباستعراض نتائج الفرض السادس يتضح وجود فرق ذا دلالة احصائية بين متوسط درجات الاسوياء ومتوسط درجات المرضى المصابين بالسكرى على مقياس قلق السمة من قائمة شيلرجر للقلق النفسى وبالتالى يتضح صدق الفرض السادس للدراسة وهو ما يتفق مع دراسة Saunders عام (١٩٩٤) التى حاولت الكشف عن القلق النفسى لمرضى مصابين بالسكرى حيث استعان الباحث فى هذه الدراسة بمقياس قلق السمة من قائمة شيلرجر للقلق النفسى - وكانت النتائج متمشية مع الفرض الخاص بذلك وبالتالى فقد وجد الباحث فعلا ان قلق السمة كان مرتفعا عند المجموعة التجريبية منه عند أفراد المجموعة الضابطة (١٢٤ : ٢٣)
- واستطاع Lane, JD فى عام (١٩٩٣) ان يفحص القلق والاكتئاب لدى عينة مصابة بالسكرى مقارنة بعينة ضابطة سوية لا تعاني من السكرى ولا أية اضطرابات اخرى طبية أو نفسية وامكن التوصل إلى نتيجة مفادها ان الفرق بين متوسط درجات المجموعتين على مقياس قلق السمة كان فرقا جوهري وذا دلالة احصائية . (٩٤ : ٦١)

سابعاً : مناقشة الفرض السابع :

ينص الفرض السابع على إنه :-

" توجد فروق دالة احصائياً بين متوسط درجات مرضى السكر والمجموعة الضابطة من الاسوياء على مقياس حالة الاكتئاب

وللتحقق من هذا الفرض فقد تم استخدام اختبار " ت " في حالة تساوي العينتين وكانت النتائج كما يلي :-

جدول رقم (٢١) يوضح المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للمجموعتين على مقياس إكتئاب الحالة BECK

المجموعات اكتئاب الحالة	مجموعة تجريبية فـ		مجموعة ضابطة فـ ٢ =		قيمة ت	مستوى الدلالة
	٦٠ = ١	٦٠	٦٠	٦٠		
	٢٠,٦٥	٥,٣٦	١٧,٢٣	٥,٨٥	٤,٤٣	دالة عند مستوى ٠,٠١

وبالاطلاع على الجدول السابق نجد ان الفروق بين المجموعتين ذات دلالة احصائية وبالتالي يمكن قبول الفرض أو يتضح صدق الفرض السابع من الدراسة وتؤيد هذه النتيجة بدراسات منها .

دراسة Jacobson - تلك الدراسة التي تناولت جانبين على غاية من الاهمية يهنا منها فقط الجانب الاول ، والجانبان هما ، أولا الاكتئاب النفسى عند مرضى السكرى .

ثانياً : علاج الاكتئاب لديهم بواسطة التدخلات النفسية ممثلة فى العلاج السلوكى حيث استيعاب الباحث بمقياس الاكتئاب من بطارية مينسوتا متعددة الواجه للشخصية - ودليل التشخيص الوصفى الاحصائى للاضطرابات النفسية DSM-III-R بالاضافة إلى ان الاكتئاب النفسى من نوع حالة الاكتئاب قد كان مرتفعاً لدى العينة التجريبية فى مقابل العينة الضابطة . (٩٠ : ٦١)

كذلك دراسة Naliboff.c والتي نشرت عام ١٩٨٢ وكان تساؤلاتها الرئيسية هل بإمكان بطارية مينسوتا متعددة الواجه Mmpi ان تشخص الاضطرابات النفسية المصاحبة للأمراض المزمنة بما فيها السكرى وجزء من هذه لبطارية يقيس الاكتئاب ومن ثم وجد الباحث ان الاكتئاب لدى المجموعة التجريبية كان مرتفعا مقارنة بالمجموعة الضابطة . (١١٢ : ٢٧)

كما يؤيد الفرض كذلك دراسة Surridge, عام ١٩٨٤ التى تناولت الاكتئاب عند مرضى السكر واستعان الباحث بقياس الاكتئاب بكل من اختبار هاملتون للاكتئاب Hamilton ومقياس لاكتئاب الحالة Beck

وثبتت الدراسة ان المجموعة التجريبية كانت لديهم درجات مرتفعة الاكتئاب مقارنة بالمجموعة الضابطة . (١٣١ : ٣٧)

كما ان دراسة Tattersall,R عام (١٩٨١) التى تناولت المظاهر والاعراض الطب النفسية (السيكاثيرية) وتم قياس الاكتئاب باختبار هاملتون لتقدير الاكتئاب - وقد وجد الباحث ان المجموعة التجريبية من مرضى السكر كانوا يعانون من الاكتئاب . (١٣٨ : ٥٢)

كما ان دراسة Polonsky عام (١٩٩٠) ايدت صدق الفرض الرابع حيث تناولت الدراسة القلق والاكتئاب والاحباطات والضغط عند مرضى السكرى وانتهت الدراسة إلى ان الاكتئاب كان من بين هذه الاضطرابات النفسية المصاحبة لمرضى السكر . (١٢٠ : ٢٨)

وهناك دراسات غيرها ايدت الفرض منها دراسات Maning عام ١٩٩٥ ودراسات Liakopoulou عام ١٩٩٢ .

ثامنا : مناقشة الفرض الثامن :

نص الفرض الثامن على انه :-

" توجد فروق دالة احصائيا بين متوسط درجات مرضى السكر والمجموعة الضابطة من الاسوياء على مقياس سمة الاكتئاب "

وللتحقق من هذا الفرض فقد تم استخدام اختبار "ت" في حالة تساوى العينين ، وكانت النتائج كما يلي :

جدول رقم (٢٢) يوضح المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للمجموعتين على مقياس سمة الاكتئاب (D) من اختبار جيلفورد للشخصية .

مستوى الدالة	قسمة ت	مجموعة ضابطة ن = ٢٠		مجموعة تجريبية ن ١٠ - ١		المجموعات مقابل سمة
		٢ع	٢م	١ع	١م	
دالة عندى مستوى ٠,٠١	٤,٥٤	١٩,٥٣	٥٦,٠٥	١٣,٣٨	٦٥,٧٣	

وبالنظر والاطلاع على الجدول السابق يتضح وجود فروق دالة احصائيا بين متوسط درجات المجموعتين ، مما يتأسس عليه قبول الفرض الخامس وهناك دراسات عديدة تؤيد صدق الفرض الثامن - دراسة colomba

عام ١٩٩٤ التى تناولت المظاهر الپسيكولوجية لمرضى السكرى وقد استعان الباحث بعدد من الاختبارات النفسية كإختبار كاتيل 16 PF ومقياس الاكتئاب لهاملتون - ممقياس زونج لتقدير القلق وقد تنتج عن هذا البحث ان مجموعة مرضى السكرى يعانون من الاكتئاب وذلك مقارنة بمجموعة الضابطة (٦٨ : ٣٢) .

ودراسة Lu-Ning والتى نشرت (١٩٩٥) تحت عنوان الحالة النفسية وخصائص الشخصية لمرضى السكر - حيث ثبت الدراسة أن مجموعة مرضى السكرى يعانون من السكرى فى مقابل عينة المجموعة الضابطة (٩٩ : ٣١)

تاسعا : مناقشة الفرض التاسع :

ينص الفرض تاسعا على أن :-

" توجد فروق دالة احصائية بين متوسط درجات مرضى السكر من غير المجموعة التجريبية ومتوسط درجات مرضى السكر من المجموعة التجريبية في مقياس حالة العصبية " وللتحقق من هذا الفرض فقد تم استخدام "ت" في حالة تساوى العينين وكانت النتائج كما يلي :

جدول رقم (٢٣) يوضح المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للمجموعتين على مقياس قلق الحالة .

المجموعات	مجموعة تجريبية ن = ٣٠	مجموعة ضابطة ن = ٢٠		فسيمة ت	مستوى الدلالة
		١م	١ع		
قلق العصبية	٢٧,٩	١٠,٠٣	٢٤,٤	٩,٦٥	١,٩٢
دالة عند مستوى ٠,٠١					

وباستعراض نتائج جدول (٢٣) يتضح وجود فرق ذات دلالة احصائية بين متوسط درجات المجموعتين وبالتالي يتضح صدق الفرض التاسع من الدراسة وهذا ما يتفق مع عددا من الدراسات السابقة .

فدراسة Martin عام (١٩٩٤) حيث أمكن الباحث علاج قلق الحالة لمرضى من الراشدين المصابين بالسكري وبالتالي امكن احتواء هذه المصاحبات النفسية المترتبة على الاصابة بالسكري . (١٠٣ : ٥٥)

وكذلك دراسة okada عام (١٩٩٥) والتي قنمت العلاج السلوكى والعلاج الدوائى والعلاج عن الارشاد النفسى لعلاج الاضطرابات النفسية المصاحبة للسكر ، وأستمر برنامج العلاج السلوكى قرابة الشهرين وبعدها أمكن التقليل من درجات المرضى مما يعنى انخفاض قلق الحالة لديهم (١١٥ : ٣١)

دراسة Cleveland عام (١٩٩٦) التى تناولت تحسين الاكتئاب لمرضى يعانون من اضطرابات فسيولوجية كالسكري والاضطرابات العصبية واضطرابات القلب وسوء اداء الوظيفة التنفيسية والاينز وبالفعل امكن خفض قلق الحالة لدى المجموعة بعد تدخل العلاج السلوكى . (٦٧ : ١٧)

عاشرا الفرض العاشر :

ينص الفرض العاشر على أن :-

"توجد فروق دالة احصائية بين متوسط درجات مرضى السكر من غير المجموعة التجريبية ومتوسط درجات مرضى السكر من المجموعة التجريبية في مقياس حالة القلق "

وللتحقق من هذا الفرض فقد تم استخدام اختبار (ت) في حالة تساوى العينين وكانت النتائج كما يلي :

جدول رقم (٢٤) يوضح المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للمجموعتين ومقياس اكتئاب الحالة Beck >

المجموعت اكتئاب القلق	مجموعة تجريبية ن = ٣٠		مجموعة ضابطة ن = ٣٠		قسمة ت	مستوى الدلالة
	١م	١ع	٢م	٢ع		
	٢٠,٩٦	٤,٩٧	١٨,٥٦	٥,١٧	٢,٥٥	دالة عند مستوى ٠,٠١

تصبح قيمة ت دالة عند مستوى ٠,٠١ عندما تكون $t \leq 2,39$

تصبح قيمة ت دالة عند مستوى ٠,٠٥ عندما تكون $t \leq 1,67$

و باستعراض نتائج الفرض العاشر يتضح وجود فروق ذات دلالة احصائية بين متوسط المجموعتين و بالتالى يتضح صدق الفرض العاشر من الدراسة و هذا ما يتفق مع عددا من الدراسات السابقة ، فدراسة Martin سنة ١٩٩٤ اثبت ان مرضى السكرى امكن علاجهم من الأكتئاب عن طريق العلاج السلوكى باستخدام اسلوب الاسترخاء (١٠٣ : ٨٠) - و كذلك دراسة Okada سنة ١٩٩٢ (١١٥ : ٢٥) .

الحادى عشر : مناقشة الفرض الحادى عشر :

ينص الفرض الحادى عشر على أنه :-

" توجد فروق دالة احصائيا بين متوسط درجات مرضى السكر من غير المجموعة التجريبية ومتوسط درجات مرضى السكر من المجموعة التجريبية على مقياس سمة القلق "

وللتحقق من هذا الفرض فقد تم استخدام اختبار (ت) فى حالة تساوى العينيتين وكانت النتائج كما يلى :

جدول رقم (٢٥) يوضح المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للمجموعتين على مقياس سمة القلق .

مستوى الدلالة	نتيجة ت	مجموعة ضابطة ن ٢٠ - ٢٠		مجموعة تجريبية ن ٢٠ - ١٠		المجموعت سمة القلق
		٢٤	٢٢	١٤	١٢	
دالة عند مستوى ٠,٠٥	٢,١٦	١١,٠٣	٢٤,٢٦	١٠,٠٧	٢٨,٥	

وباستعراض نتائج الفرض النثامن يتضح وجود فرق ذا دلالة احصائية بين متوسط درجات المجموعتين على مقياس سمة القلق وبالتالي يتضح صدق الفرض الحادى عشر .

وهذا ما يتفق مع عددا من الدراسات السابقة ، حيث اشارت دراسة D , Za MBanini عام (١٩٩٧) التى تناولت اثر التخيلات النفسية للتغلب على الخوف والقلق عند مرضى السكر وقد ثبت من نتائج الدراسة ان مجموعة مرضى السكر استطاعت تخفيض القلق والخوف باستخدام الاسترخاء التخيلي . (١٥٢ : ٣٠)

كما تؤيد دراسة Aiknes عام (١٩٩٦) صحة الفرض السابق حيث ان هذه الدراسة سجلت فى احد كتب علم النفس الصحة وقد ثبت من خلال نتائج الدراسة انه بإمكان العلاج بالعائد الحيوى تحسين معدلات القلق لدى عينة من مرضى السكرى . (٢٦ : ٣٩)

واخيرا دراسة Bruce عام (١٩٩٧) التي تناولت دور التدخلات السلوكية المعرفية لخفض المشقة عند مرضى السكرى وقد استعان الباحث بمقياس التقدير الذاتى للقلق ولجرى الاختبار مرة قبل بداية العلاج السلوكى المعرفى ومرة بعد هذا النوع من العلاج وبالتالي ينتج عن هذه الدراسة ان العلاج السلوكى المعرفى يمكن ان يساعد هؤلاء المرضى على التعامل مع قلقهم وتكيفهم معه .

(٦٥ : ١٥)

ثانى عشر : مناقشة الفرض الثانى عشر

ينص الفرض الثانى عشر على انه :-

" توجد فروض دالة احصائيا بين متوسط درجات مرضى السكر من غير المجموعة التجريبية ومتوسط درجات مرضى السكر من المجموعة التجريبية على مقياس الاكتئاب "

وللتحقق من هذا الفرض فقد تم استخدام اختبار (ت) فى حالة تساوى العينتين وكانت النتائج كما يلى

جدول رقم (٢٦) يوضح المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للمجموعتين على مقياس الاكتئاب(D) من بطارية جيلفورد للشخصية .

المجموعتان الاكتئاب من جيلفورد	مجموعة تجريبية ٣٠-١٠		مجموعة ضابطة ٣٠-٢٠		نتيجة ت	مستوى الدلالة
	١م	١ع	٢م	٢ع		
	٦٥,٤٣	١٤,٩٨	٦١,٣	١٤,٥١	١,٥٢	غير دالة

وباستعراض نتائج الفرض الثانى عشر يتضح عدم وجود دلالة احصائية بين متوسط درجات المجموعتين على مقياس اكتئاب D من بطارية جيلفورد سواء عند مستوى ٠,٠٥ ، ٠,٠١ ويتأسس عليه عدم صدق الفرض الثانى عشر .

الا ان هناك دراسات كثيرة اهتمت بدراسة وقياس الاكتئاب من بطارية جيلفورد منها على سبيل المثال : دراسة Jacobson عام ١٩٩٧ التى اهتمت بشقين احدهما تناول الاضطرابات الانفعالية عند مرضى السكرى ومن بينها الاكتئاب وثانى هذه الاهتمامات تناولت اثر العلاج السلوكى فى خفض الاكتئاب عند مرضى السكرى .

وبالمثل دراسة Tattersallir عام (١٩٨١) التى تناولت قياس الاكتئاب باختبار هاملتون لتقدير الاكتئاب .

ودراسة Naliboffic عام (١٩٨٢) التى تناولت اعراض الاكتئاب النفسى عند مرضى السكرى - كما قيست بواسطة بطارية MMPI .

وعليه فإن هذه النتيجة لم تتفق مع نتائج التراث البحثى من دراسات سابقة .

ثالث عشر : مناقشة الفرض الثالث عشر :

ينص الفرض الثالث عشر على انه :

- * توجد فروض دالة احصائيا بين متوسط درجات مرضى السكر من غير المجموعة التجريبية ومتوسط درجات مرضى السكر من المجموع التجريبية على مقياس حالة الاكتئاب .
- * وللتحقق من صدق الفرض قد تم استخدام اختبار (ت) في حالة تساوى العينتين وكانت النتائج كما يلى :
- * جدول رقم (٢٧) يوضح المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للمجموعتين على مقياس حالة الاكتئاب .

مستوى الدلالة	نتيجة ت	مجموعة ضابطة ن = ٢٠		مجموعة تجريبية ن = ٢٠		المجموعت اكتئاب الحالة
		٢ع	٢م	١ع	١م	
دالة عند مستوى ٠,٠٥	٢,١٤	٤,٣٨	٢١,٢٠	٧,١٤	٢٥,١٧	

- * وباستعراض نتائج الفرض الثالث عشر يتضح وجود دلالة احصائية بين متوسط درجات المجموعتين على مقياس اكتئاب الحالة عند مستوى دلالة قدره ٠,٠٥ وبذلك يتضح صدق الفرض الثالث عشر وهذا ما اؤيد بدراسة Boyer سنة ١٩٩٧ . (٥٩ : ٤٤٨) .

رابع عاشر : مناقشة الفرض الرابع عشر :

ينص الفرض الرابع عشر على أنه :-

" توجد فروق دالة احصائية بين متوسط درجات مرضى السكر من غير المجموعة التجريبية ومتوسط درجات مرضى السكر من المجموعة التجريبية على مقياس نسبة الجلوكوز بالدم " وللتحقق هذا الفرض فقد تم استخدام اختبار "ت" في حالة تساوى العينيتين وكانت النتائج كما يلى :

جدول رقم (٢٨) يوضح المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للمجموعتين على مقياس نسبة الجلوكوز بالدم .

المجموعات	مجموعة تجريبية ١٦ - ٣٠		مجموعة ضابطة ٢٨ - ٣٠		نتيجة ت	مستوى الدلالة
	١م	١ع	٢م	٢ع		
مقياس نسبة الجلوكوز بالدم	٢٣٠,١٦	١٦,١٦	٢٠٨,٩	٣٩,٨	٣,٧٦	دالة عند مستوى

وباستعراض هذه النتائج الخاصة بالفرض العاشر يتضح وجود فروق ذات دلالة احصائية بين متوسط درجات المصابين بالسكرى ومتوسط درجات المجموعة التجريبية على مقياس نسبة الجلوكوز بالدم وبالتالي يتضح صدق الفرض الرابع عشر من الدراسة . وهذا ما يتفق مع عددا من الدراسات منها :

دراسة Milton عام (١٩٨٩) التى اقترحت وفرضت امكانية خفض نسبة الجلوكوز بالدم باستخدام العلاج النفسى المختصر - وبعد اجراء هذا النوع من العلاج لمدة شهرين امكن بالفعل خفض نسبة الجلوكوز بالدم كما اشارت نتائج البحث . (١١١ : ٢٥)
واشارت كذلك دراسة Peseschikion عام ١٩٩٠ الى امكانية نجاح العلاج النفسى الايجابى لخفض مستوى الجلوكوز بالدم فى فترة من الزمن قدرت بسبع اسابيع تلقت فيها العينة هذا النوع من العلاج مقارنة بنتائج المجموعة الضابطة (١١٨ : ٣٢)

كما ان دراسة Board عام (١٩٩٣) التى تناولت العلاج السلوكى باستخدام طريقة حسن ادارة المريض لمشكلته مع السكرى فى خفض نسبة الجلوكوز بالدم - من الدراسات التى ايدت نتائجها نتائج الفرض الخاص بـ خفض نسبة الجلوكوز فى الدم لدى افراد عينة المجموعة التجريبية فى هذه الدراسة. (٥٧ : ٢١)

ودراسة Boehm والتى فسرت كذلك عام (١٩٩٣) تحت عنوان التحليل السلوكى اليومى وامكانية خفض نسبة الجلوكوز بالدم عند مرض السكر حيث استعان الباحث بعينة من الراشدين من تراوحت اعمارهم ٥٠ - ٥٥ سنة وامكن تدريب المرضى على العلاج السلوكى عن طريق التحليل السلوكى اليومى لكل الانشطة التى من شأنها ان تثير القلق والتوتر وتحديد بدقة وامكن بعد هذا التحليل السلوكى اليومى لمدة ثلاثة اسابيع خفض نسبة الجلوكوز بالدم. (٩٣ : ٢٧)

كما ان دراسة lane عام (١٩٩٣) التى تناولت الاسترخاء وعلاج السكر امكن التوصل من خلالها لنتائج هامة على صعيد استخدام اسلوب من اساليب العلاج السلوكى وهو الاسترخاء لخفض نسبة الجلوكوز بالدم. (٩٤ : ١٩)

ودراسة Barbara عام (١٩٩٦) حاولت المقارنة بين اسلوبين من اساليب التدخلات السلوكية لخفض نسبة الجلوكوز بالدم .

الأولى : طريقة العائد الحيوى بشقيه EMG, Thermal .
الثانية : الارشاد النفسى .

هذا فى مقابل عينة ثالثة تتلقى العلاج الدوائى المضاد لارتفاع نسبة الجلوكوز بالدم توصلت التجربة والدراسة الى نتيجتين هامتين :

الأولى : انه بامكان العلاج السلوكى المعتمد على اسلوب الاسترخاء بالاستعانة بالعائد الحيوى أن يخفض نسبة الجلوكوز بالدم إذا ما قارنا المجموعتين الباقيتين التى تلقت الارشاد النفسى مع العلاج الدوائى والعلاج الدوائى بمفرده .

الثانية : اوصت الدراسة بضرورة اتباع الطريقتين فى علاج المرضى المصابين السكرى وهى التدخل السلوكى اضافة للتدخل الدوائى. (٦١ : ٥٥)

واخيرا دراسة kavild,E عام (١٩٩٧) التى تناولت اثر الاسترخاء على خفض نسبة الجلوكوز بالدم ، حيث اشارت نتائج هذه الدراسة الى امكانية احدث تغير بالخفض فى نسبة الجلوكوز باستخدام اسلوب الاسترخاء لمدة اربعة اسابيع مقارنة بنتائج المجموعة الضابطة .
(٩٣ : ٢١)

المراجع

مراجع الدراسة

أولا : قائمة المراجع العربية :

- ١- إبراهيم عبد الستار ، (١٩٨٠) العلاج النفسي الحديث ، المجلس الوطني للثقافة ، الكويت .
- ٢- احمد محمد عبد الخالق ، (١٩٧٢) ، الأبعاد الأساسية للشخصية ، القاهرة ، دار المعارف .
- ٣- احمد محمد عبد الخالق ، (١٩٨٩) ، استخبارات الشخصية ، الإسكندرية ، دار المعرفة الجامعية
- ٤- احمد محمد عبد الخالق ، (١٩٩١) ، - الإعداد و التعريب - هـ ، ج ايزنك - التأليف -
استخبار ايزنك للشخصية ، دليل التعليمات ، الصيغة العربية للراشدين ، الإسكندرية ، دار المعرفة الجامعية
- ٥- احمد عكاشة ، (١٩٨٤) ، الطب النفسي المعاصر ، القاهرة ، مكتبة الانجلو المصرية .
- ٦- ازفلدكولية ، (١٩٥٥) ، مدخل إلى الفلسفة ، أبو العلاء عقيقي ، القاهرة ، لجنة التأليف والترجمة والنشر .
- ٧- أمنية كاظم ، (١٩٨٦) ، قائمة حالة و سمة القلق ، الكويت ، دار العلم .
- ٨- جورج سارتون ، (١٩٦١) ، تاريخ العلم ، الفلسفة ، ترجمة (توفيق الطويل) العدد الاول ، جـ
٣ ، القاهرة ، دار الشروق .
- ٩- حامد زهران ، (١٩٩١) ، موسوعة علم النفس ، القاهرة ، دار الشروق .
- ١٠- حلمى احمد حامد ، (١٩٩١) ، مبادئ الطب النفسى ، القاهرة ، دار صفا للطباعة والنشر .
- ١١- حسن مصطفى ، (١٩٨٩) ، دراسات اكلينيكية لمرضى السيکوسوماتين باستخدام منهج دراسة
الحاله ، بحوث المؤتمر الخامس لعلم النفس بمصر ، الجمعیه المصريه للدراسات النفسیه ، القاهرة ، ص ٦٩-
٧٢ ، ص ٩٤-٩٦ .
- ١٢- حمدى الحجار ، (١٩٩٠) ، فن العلاج فى الطب النفسى السلوكى ، بيروت ، دار العلم للملايين

- ١٣- رزق سعد ، (١٩٩٢) ، موسوعة علم النفس ، بيروت ، المؤسسة العربية للدراسات والنشر .
- ١٤- سامى عبد القوى ، (١٩٩٠) ، علم النفس الفسيولوجى ، القاهرة ، مكتبة النهضة المصرية .
- ١٥- عبد الرحمن العيسوى ، (١٩٩٤) ، الامراض النفسية والعقلية ، الاسكندرية ، دار المعرفة الجامعية .
- ١٦- عبد المنعم حفى ، (١٩٩٥) ، موسوعة الطب النفسى ، المجلد الثانى ، القاهرة ، مكتبة مدبولى .
- ١٧- عبد الوهاب كامل ، (١٩٨٥) ، التعلم وتنظيم السلوك ، طنطا ، المكتبة القومية .
- ١٨- غريب عبد الفتاح ، (١٩٩٠) ، مقياس الاكتئاب (د) ط ٢ ، القاهرة ، مكتبة النهضة المصرية .
- ١٩- مایسه شكرى ، (١٩٨٥) ، الاضطرابات السيكوسوماتية وعلاقتها ببعض متغيرات الشخصية وخاصة بعد الانبساط / الانطواء ومستوى الطموح رسالة ماجستير غير منشوره - كلية الآداب ، جامعة الرقازيق .
- ٢٠- مایسه شكرى ، (١٩٨٨) ، السمات الشخصية والانفعالية لدى بعض فئات مرضى السرطان فى الريف والحضر ، رسالة دكتوراه غير منشوره ، كلية الآداب ، جامعة الاسكندرية .
- ٢١- مایسه شكرى ، وآخرون ، (١٩٩٦) ، دراسته نفسيه لمرضى الجلوکوما الاوليه المزمنه ، الاسكندرية ، دار المعرفة الجامعية .
- ٢٢- مایسه محمد شكرى، (٢٠٠٠) ، مفاهيم الصحة والمرض الجسمى فى علم النفس، الإسكندرية، دارالفتح للنشر
- ٢٣ - مایسه النیال ، (١٩٩١) ، الأعراض السيكوماتية لدى عينة من الأطفال و علاقتها بالقلق والاكتئاب ، دراسة عاملية مقارنة ، بحوث لمؤتمر السابع لعلم النفس فى مصر - القاهرة ، مكتبة الانجلو المصرية ، ص ١٤٠ - ١٤١ ، ص ١٦٠ - ١٦٢ .
- ٢٤ - محمد محروس الشناوى ، (١٩٨٧) ، نموذج تهذيب الاخلاق عند الفزالى و مقارنة بنموذج العلاج السلوكى الحديث ، رسالة الخليج العربى ، العدد ٢٢ .

٢٥ - محمود ابو النيل ، (١٩٨٤) ، الامراض السيکوماتية (الامراض الجسمية المنشأ) دراسات عربية و عالمية ، القاهرة ، مكتبة الخانجي .

٢٦ - محمود ابو النيل ، (١٩٧٢) ، علاقة الاضطرابات السيکوماتية بالتوافق المهني في الصناعة ، رسالة دكتوراه ، كلية الآداب ، جامعة عين شمس .

٢٧ - مصطفى زيور ، (١٩٤٥) ، فصول في الطب السيکوماتي ، مجلة علم النفس ، العدد الاول ، القاهرة .

٢٨ - مصطفى سويف ، وآخرون ، (١٩٨٥) ، مرجع في علم النفس الاكلينيكي ، القاهرة ، دار المعارف .

٢٩ - مصطفى سويف ، (١٩٨٤) ، علم النفس الحديث ، القاهرة ، مكتبة الانجلو المصرية .

٣٠ - محمد سرح مختار على ، (١٩٩٥) ، دراسة مقارنة بين الاسوياء و مرضى ضغط الدم المرتفع من الراشدين و

امكانية تخفيض ضغط الدم بالتغذية البيولوجية المرتدة ، رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية النبات ، جامعة عين شمس .

٣١ - منذر ابراهيم ، (١٩٨٣) ، الصحة للجميع ، الطبعة الاولى ، بيروت ، مؤسسة نوفل .

٣٢ - منى حسن ابو طيره ، (١٩٨٩) ، علاقة الاضطرابات السيکوماتية بالشخصية و التنشئة الاجتماعية

لدى طلاب الجامعة ، رسالة دكتوراه غير منشورة ، كلية الآداب ، جامعة عين شمس .

٣٣ - نور الدين جبالى ، (١٩٨٩) ، () ، علاقة الاضطرابات السيکوماتية بالشخصية و دراسة مقارنة لحالات

القرحة المعدية و السكر ، رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية الآداب ، جامعة عين شمس .

٣٤ - هالة رمضان على ، (١٩٩٧) ، الاصابة بمرض البول السكرى لدى عينة من الاطفال و علاقته ببعض المتغيرات

الشخصية و الانفعالية لكل من الطفل المريض والام رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية الآداب ، جامعة طنطا .

٣٥ - وائل شاهين ، (١٩٩٣) ، العلاج الشمولى وجهاز المناعة ، دى ، دار العلم للنشر .

٣٦ - وليم منجر منر وليف ، (١٩٦٦) ، اعضاء الطب النفسى على الشخصية ، و السلوك ، ترجمة ،
(محمد أحمد غالى) ، القاهرة ، مكتبة القاهرة الحديثة.

٣٧ - يوسف مراد ، (١٩٥٥) ، مبادئ علم النفس ، القاهرة ، دار المعارف .

ثانيا قائمة المراجع الأجنبية :-

- 38 **Agras, W.B.** (1982). *BEHAVIORAL MEDICINE IN THE 1980S*.
JOURNAL OF CONSULTING AND CLINICAL PSYCHOLOGY.,
VOL 31,NO 2,21-25.
- 39 **Aikens,E.**(1996). *DIABETES MELLITUS AND OTHER
ENDOCINE DISODERS*. HAND BOOK OF HEALTH
PSYCHOLOGY NEW YORK . MONTGOMERY PUBLISHERS.
- 40 **Akinalde .KE.**(1997). *PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF
MEDICINE* ., VOL 25 NO 1,61-7 .
- 41 **Alba , E . PEREZ , F.** (1985) . *DIABETES MELLITUS :
PSYCHO. SOCIAL FACTORS*. BOLETIN DE LSICOLOGIA
.,VOL 8 (2) 9,33-37,53.
- 42 **Anderson .S.** (1995) . *NON-INSULIN DEPENDENT DIABETES
MELLITUS: PSYCHO NEUROIMMUNOLOGY IN FLEUCENCE
OF CONGRUENCE , TYPE A BEHAVIOUR AND STRESS
COPING AND FAMILY ENVIORNMENT . CLINCAL DIABETES*
., VOL 30(3), 3-11
- 43 **Assal, J, P.** (1991). *GLOBAL INTEGRATED OPPOCH TO
DIABETES*. NEW York: THIEME.
- 44 **Bailey , BK.** (1990). *BIOFEED BACK AND CONTRAL OF
DIABETES MELLITUS – BIO FEED BACK – SELF REGUL .,*
VOL 15(1) 7-13.

- 45 **Bandura , A.**(1977) SOCIAL LEARNING THEORY , NEW YORK .
CLIFITS PRENTICE HALL .
- 46 **Beck , A,T. STEER,R,AND CARBIN ,M.** (1980) . PSYCHOMETRIC
PROPERATIES OF BECK DEPRESSVE INVENTORY 25
YEARS OF EVALUATION . CLINICAL PSYCHOLOGY, REVIEW,
NEW YORK . HOBER .
- 47 **Beck , A ,T, WORD, H, MENDELSON ,M . MOCKT,H AND
ERBOUGH . J.**(1975) AN INVENTORY MEASURING
DEPRESSION ARCHIVES OF GENERAL PSYCHIATRY, NEW
YORK. HOEBER
- 48 **Beck , A ,T.** (1967) .: DEPRESSION , CLINICAL
 , EXPERIMENTAL AND THEORETICAL ASPECTS . NEW YORK
 , HOBER.
- 49 **Beck , A ,T.**(1976). COGNITIVE THEROPY AND EMOTIONAL
DISORDERS. NEW YORK . INTERNATIONAL PRESS.
- 50 **Beck , A ,T. & EMERY G.** (1985) . ANXIETY DISORDERS AND
PHOBIA: A COGNITIVE PERSPECTIVE, NEW YORK . BASIC
BOOK.
- 51 **Beck , A ,T. & WEISHAAR , M.** (1989) . COGNITIVE
THERAPY, NEW YORK . PLENUM.
- 52 **Bernstien, D,A & BROKOVECI,T,D.**(1973). PROGRESSIVE
RELAXATION TRANING , A MUNAL FOR PROFESSIONALS ,
NEW YORK , SEARCH PRESS .
- 53 **Benson,H.** (1974) . THE RELAXATION RESPONSE . JOURANAL
OF AMERICAN PSYCHIATRY ., VOL 37(4), 9-22

- 54 **Benton , P.C.** (1973). THE EMOTIONAL ASPECTS OF DIABETES MELLITUS . JOURNAL OF AKOHAMA MEDICAL ASSOCIATION ., VOL 3 (2). 46-50.
- 55 **Berstien .D.** (1973) . PROGRESSIVE RELAXATION TRANING A MUNAL FOR HELPING PROFESSIONALS ,III . USA RESEACH PRESS.
- 56 **Binger , C,A,ACKERMAN,E.A,CHOHEN AND OTHERS** (1975) . PERSONALITY AND DIABETES. PSYCHOSOMATIC MEDICIENE . VOL III , 15,25-29,31-53.
- 57 **Board WAY , R.H.**(1993). BEHAVIORAL THERAPY. PEDIATRI JOURANL., VOL 18(1) 21,53-61.
- 58 **Boehm,S.** (1993). BEHAVIORAL ANLYSIS AND DIABETES. NURS,RES., VOL 2(3),30-32.
- 59 **Boyer,JG.** (1997). DIABETES AND PERSONALITY. MED~CARE . GLAXO RESEARCH., VOL35 (5), 440-53.
- 60 **Bradley, BR.** (1994) . THE ROLE OF PSYCHOLOGY FOR DIABETES PATIENTS. CLINICAL PSYCHOLOGY., VOL 33 (PART2).20-24 .
- 61 **Brabara, J, eT.** (1996) . TWOKINDS OF BEHAVIORAL INTERVENTION . ANNALS OF BEHAVIORAL MEDICINE ., VOL 18 (3). 30-37,55.
- 62 **Bradley,R.**(1994). CONTRIBUTION OF PSYCHOLOGY TO DIABETES MELLITUS . BRITISH JOURNAL OF CLINICAL PSYCHOLOGY . VOL 33 (1) ,11-14.

- 63 **Brickman , AL eTAL.** (1996) . THE PSYCHOLOGICAL FACTORS AFFECTING MEDICAL CASE. AMERICAN PSYCHIATRY JOURNAL . VOL 37 (3),459-62.
- 64 **Brickman A.** (1996). PERSONALITY TRAIT AND LONG TERM HEALTH STATUS : THE INFLUENCE OF NEUROTICISM AND CONSCIENTIOUSNESS IN DIABETES. PSYCHOSOMATIC MED. VOL (47) , 2-9.
- 65 **Bruce,D.** (1997). COGNITIVE INTERVENTION IN ADULT PATIENTS WITH STRESS . HEALTH AND MEDICINE., VOL 2(2) 7-17.
- 66 **Cassel , RUSSELL ,N,T.**(1978) . TYPE A PERSONALITY AND STRESS REDUCTION BASED ON BIOFEED BACK AND COMPUTERS . BIOFEED BACK REGUL VOL 99(2). 114-20.
- 67 **Cleveland,E.**(1996). PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION AND OTHERS PSYCHOSOMATIC DISORDERS. PSYCHI-CLINICS OF NORTH AMERICA . VOL 19 (2) 2-22.
- 68 **Colomo,T.** (1994) . PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF DIABETES. RIVISTA, DI-PSYCHIATRIA, VOL 29(6), 7-15,32 (ABSTRACT).
- 69 **Conner, HeTAL .** (1984). DIABETES IN PRACTICE . NEW YORK . CHICHESTER JOHN WILEY.
- 70 **Daniells,S,G.E.**(1976) EMOTIONS AND DIABETES MELLITUS , AMERICAN JOURNAL OF PSYCHIATRY. VOL 3(4),711-713.
- 71 **DAVID,G.**(1999) BEHAVIORAL ORIENTATION FOR DIABETIC PATIENT . BEHAVIOR, MODIFICATION JOURNAL VOL 23(1),2-6.

- 72 **Day, C.** (1990) HYPOGLYCEMIC COMPOUND FROM PLANTS IN : A NEW ANTI DIABETES DRUGS . LONDON . NISHIMURA (PUB).
- 73 **Deary, IAN, J.** (1997). CONSTRUCTS AND MODEL IN HEALTH PSYCHOLOGY. THE CASE OF PERSONALITY AND ILLNESS REPORTING IN DIABETES MELLITUS . BRITISH JOURNAL OF HEALTH PSYCHOLOGY , VOL , 35-49.
- 74 **De-Poblo, T.** (1997) . PSYCHOLOGY CONTRIBUITION THROUGH 30 YRS. DIABETES AND PSYCHOLOGY VOL24(4),93-99.
- 75 **Drever, J.** (1975). THE PENGUIN DICYIONARY OF PSYCHOLOGY. ENGLAND . PENGUIN BOOK.
- 76 **Elliott G, ETAL.** (1964). PSYCHOSOMATIC MEDICINE , CHERNES, (EDITOR). NEW YORK . INTERNATIONAL UNIVERSITY PRESS.
- 77 **Ellis, A.** (1982). THE RATIONAL EMOTIVE THERAPY IN BRUKES, H.; THE THERORY AND PRACTICE OF COUNSELING PSYCHOLOGY . LONDON . PITMAUP.
- 78 **Ellis, A.** (1997) . FEED BACK AND THE CONTRAL OF DIABETES . PROFFESIONAL -PSYCHOLOGY- RESEARCH AND PRACTICE JOURNAL. VOL, 28(1),17-22.
- 79 **Ellis, A.** (1977). REASON AND EMOTION IN PSYCHOTHERAPY, NEW YORK . THE CITADEL PRESS.
- 80 **English & English, A, C.** (1985). A COMPREHENSIVE DICTIONARY OF PSYCHOLOGICAL AND PSYCHOANLTICAL TEARMS, NEW YORK. LONGMAN.

- 81 Esptien,L,H,A BEL, G.G. & WEBSTER,J.(1974)BIOFFED BACK ASSISTED AND DISCRIMINATION OF EEG ACTIVITY IN THE TREATMENT OF APLPIPSY. PAPER PERSENTED AT THE MEETING OF THE ASSOCIATION FOR ADVANCEMENT OF BEHAVIOR THERAPY CHICAGO.
- 82 Eysenck,H.J. AND EYSENCK,S.B,G.(1969) PERSONALITY STURCTURE AND THE MEASUREMENT , LONDON . LEGDE AND KENGAN PAUL.
- 83 Eysenck,H.J.(1964) . THE STRUCTURE OF HUMAN PERSONALIT. LONDON .CO. LTD.
- 84 Faidly ,L.(1997) . INTEGRATION BETWEEN PSYCHOLOGICAL AND MEDICAL ROLES IN DIABETES JOURNAL OF INTEGRATED MEDICINE, VOL 17(3). 20-25.
- 85 Gilbert,S,(1991) . PSYCHOPHYSIOLGYICAL AND NON VERBAL CORRELATES OF EXTRAVERSION ,NEUROTICISM AND PSYCHOTICISM DURING ACTIVE AND PASSIVE COPING AMANG DIABETICS, PERSONALITY INDIVIDULS DIFFERENCE. JOURNAL OF INTERNAL MEDICINE. VOL 12 (12). 4-19.
- 86 Grafeild,S, LAND KURTZ (1979). ASVRVEY OF SELECTED ATTITUDES AND VIEWS. CLINICAL PSYCHOLOGIST. VOL 23 (3), 17-19,29-37.
- 87 Grusec, J ,E,eTAL(1990) . FOUNDATION OF PSYCHOLOGY, TORANTO, A LONGMAN COMPANY.

- 88 **Hendrick, H.** (1984). BEHAVIOUR MEDICINE APPROCHES TO DIABETES MEELITUS , BEHAVIOURAL MEDICINE “ THE BIO PSYCHOSOCIAL APPROCH. NEW YORK .HELT PRESS
- 89 **Horland, E.** (1998). DIBETES AND BEHAVIOR. PSYCHOTHEROPY AND PSYCHOSOMATICS. VOL 69(4) 45,53.
- 90 **Jacobson, AM.** (1997). THE QUALITY OF LIFE AND DIABETES MULLITUS QUAL-LIFE-RES. VOL 6 (1),11-23,61.
- 91 **Jacobson, E.** (1938) . PROGRESSIVE RELAXATION, CHICAGO. PRESS CHICXAGO PULS.
- 92 **Jenkins, S.** (1995) AN INTOGRATED BEHAVIORAL MEDICINE APPROCH TO IMPROVING CARE OF PATIRNT’S THE DIABETES MELLITUS : BEHAVIORAL MEDICINE, JOURNAL. VOL 21 (2) 7-15.
- 93 **Kavild, E .** (1997). THE ROLE OF RELAXATION FOR REDUCE LEVEL OF GLO CAUSE. JOURNAL OF RELAXATION TRANING. VOL4 (5),7-9,21-27.
- 94 **Lane, JD.** (1993). RELAXATION FOR DIABETIC PATIENTS. JOURNAL OF RELAXATION . VOL 8 (16),18-22,61.
- 95 **Lazarus, A, A.** (1971). BEHAVIOR THERAPY AND BEYOND. NEW YORK . MCGROW. HILL.
- 96 **Lern Mark, B.** (1996). TAYPE A BEHAVIOR AND DISEASE ACTA . PEDIATR. VOL 85(7),818-824.
- 97 **Liakopoulou, E .** (1992) . PERSONALITY CHARACTERISTIC ENVIORNMENTAL FACTORSAND GLYCEMIC CONTRAL IN

ADULT WITH DIABETES .EUOPREA ADULT ADOLESCENT
JOURNAL . VOL 1(12). 7-17,83-84.

98 **Ludvigsson,J.**(1994) ,DIABETES IN CHILDHOOD AND
ADOLESCENCE AND OVER VIEW. INTERNATIONAL JOURNAL
OF DIABETES. VOL 4(5), 54,64.

99 **Lu-Ning** (1995). PSY COLOGICAL WELL-BING AND
PERSONALITY CHARACTERISTIC OF PATIENT WITH
DIABETES. MENTAL HEALTH JOURNAL. VOL 9(2). 2-11,31.

100 **Lustman,PJ, AND (OTHERS)**(1997). THE ROLE OF
PSYCHOTHEROPY TO CONTRAL HYPER
GLYCIEMIC,GENERAL HOSPITAL OF PSYCHIATRY. VOL
19(2) ,12-26.

101 **Just Man ,E.**(1992) .RELATION SHIP OF PERSONALITY
CHARACTERISTICS TO GLU COSE RE GULATION IN
ADULT'S WITH DIABETES .PSYCHOSOMATIC MEDICINE.
VOL 53(3):23-40,55,80.

102 **Manning -R,M.**(1995) THE REALTIONSHIP BETWEEN
BEHAVIOR AND DIABETES ,DIABETES CAR . VOL 12 (56) .
409-15.

103 **Martin ,E.**(1994). TREATMENT OF ANXIETY AND
DEPRESSION IN ADULT WITH DIABETES . ADULT
PSYCHOLOGY JOURNAL . VOL 29(3):23-40,55,80.

104 **Masserman,J,H.**(1979). PSYCHOBHAVIORAL THERAPY:
BEHAVIOR AND NEUROSIS. NEW YORK. HEALTH PUB.

- 105 **Masser Man ,J.H.**(1979) BEHAVIOR AND NEUROSIS. NEW YORK. PSYCHIATRIC PRESS .
- 106 **Matarazzo,J,D.**(1980) . BEHAVIORAL HEALTH AND BEHAVIOR MEDICINE. AMERICAN PSYCHOLOGIST. VOL2 (1),11-19.
- 107 **Mc Daniel,J.** (1997) . PSYCHOLOGICAL FACTORS AFFECTING MEDICAL CONDATIONS. NEW YORK THE AMERICAN PSYCHIATRIC PRESS.
- 108 **Mc-Quaid,E.**(1999). BIO FEED BACK AND DIABETES CONTRAL. JOURNAL OF PEDITARIC PSYCHIATRY. VOL 33(4)3-10,22-39 .
- 109 **Merbis ,M.**(1996) HYPERGLYCEMIA IN DUCES EMOTIONAL DISRUPTION. PATIENT. EDUC- AND COUNSELLING JOURNAL . VOL 29 (1) 6-8.
- 110 **Miller , L.V.** (1993). MORE EFFICIENT CARE OF DIABETIC PATIENT IN A COUNTRY HOSPITAL SETTING ENG JOURNAL MED. VOL 4(1) ,3-7.
- 111 **Milton,** (1989). BRIEF PSYCHOTHEROPY WITH POORLY CONTRALLED DIABETES . BRITISH JOURNAL OF PSYCHOTHERAPY, VOL 5(4). 4-10,25.
- 112 **Nalib OFF,A.**(1982)- DOES THE MMPI DIFFERENTATE CHRONIC ILLNESS FROM CHRANIC PAIN? VA MEDICAL CTR. VOL 31(4),7-13.
- 113 **Neurmak,Sztainer,D,J.**(1996) . ADOLESC AND HEALTH. VOL 19(4)17,27,33-38.

- 114 **Okada,S,J.**(1995). PSYCHO-SOCIAL EFFECTS AND DIABETES, JOURNAL OF INT-MED-RES. VOL 23(4),119-122.
- 115 **Okada,S,J.**(1995). MULTIDIMENSIONAL THERAPY COMPONENT OF PSYCHO AND CHEMO THERAPY FOR DIABETICS. JOURNAL OF INT-MED-RES. VOL 23(6),22,31,50-60.
- 116 **Orlandini,E.** (1997). PERSONALITY TRAITS AND METABOLIC CONTROL ASPECTS IN DIABETES MELLITUS . PSYCHOTHERAPY AND PSYCHOSOMATICS. VOL 66(6),307-313.
- 117 **Palumbo,P,J,LABRATH,D,R,LEVINE,R.**(1978).(EDS). THE INCIDENCE OF DIABETES MELLITUS IN ROCHESTER. NEW YORK. ACADEMIC PRESS.
- 118 **Peseschkian,**(1990). PSYCHOSOMATIC THERAPY OF PATIENT SUFFERING IN DIABETES MELLITUS. PSYCHIATRIC ASSOCI, VOL 5 (5),30-39.
- 119 **Peyrot, MARK.S.**(1985). PSYCHOSOCIAL FACTORS IN DIABETES CONTROL . PSYCHOSOMATIC MEDICINE . ,VOL 47(6):11-30.
- 120 **Polonsky, W,H.**(1993) PSYCHO PHYSIOLOGICAL DISORDERS. RESEARCH AND CLINICAL APPLICATIONS WASHINGTON. THE AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION PRESS.
- 121 **Pomerleau ,O,F.**(1979). BEHAVIORAL MEDICINE. THEORY AND PRACTICE . BALTIMORE . WILLIAMS& WILLKINS.

- 122 **Ray, R.;** (192). EVELUATION OF BIO FEED BACK.
PSYCHOPHYSIOLOGY ., VOL 10(2) 100-102.
- 123 **Reyrot. M.** (1997) EMOTIONS AND DIABETES , DIABETES
CARE ., VOL 20(4)616-629.
- 124 **Saunder, JT.** (1994) ,HOW BIO FEED BACK WORK IN
DIABETES PATIENTS . BIO FEED BACK, SELF VOL 19(4)23-
33.
- 125 **Saunder, RS.** (1993)THE EVALVATION THE ROLE OF
PSYCHOLOGY FOR DIABETICS. PSYCHO-SOM.
VOL55(4),380.93.
- 126 **Schaumburg. Q**(1988). NEUROTICISM , DISEASE
ACCEPATNCE AND SEXUAL DYS FUNCTION EVALUATION
BY QUESTIONNIRES AMONG DIABETIC PATIENTS.
JOURNAL OF SEXIOLOGY., VOL 6(3),24-39.
- 127 **Shillitoe R.** (1989). HEALTH PSYCHOLOGY. BROOME , A.K.
(EDITOR): LONDON . CHAMP MAN AND HALL.
- 128 **Steer, R.A, BECK AND GARRISION , B**(1969) APPLICATION
OF THE BECK INVENTORY, NEW YORK. SIENFIFIC PRESS.
- 129 **Steptoe, A.** (1980). CONTRIBUTION TO MEDICAL
PSYCHOLOGY . RECHMAN'S (EDITOR). DXFORD PERGAMAN
PRESS .
- 130 **Strauss, G.** (1996) . PERSONALITY AND DIABETES ,
JOURNAL OF NURS-CLINICAL -INTERNAL MEDICINE. VOL
31(4) , 33-35.

- 131 **Surridge .** (1984). PSYCHIATRIC ASPECTS OF DIABETES MELLITUS . BRITISH JOURNAL OF PSYCHIATRY , VOL 145,2-20,37.
- 132 **Surwit,RS.** (1984). DIABETES AND BEHAVIOR. AMERICAN PSYCHOLOGIST . VOL 38(2),40-49.
- 133 **Suter,S.** (1986). HEALTH PSYCHOLOGY: MIND-BODY INTERACTION IN WELLNESS & ILLNESS. NEW JERSEY. LOWRENCE ERLBAUM ASSOCIATION PUBLI.
- 134 **Swift,CS.** (1995). TYPE A PERSONALITY AND DIABETES . DIABETES EDUC. VOL, 21(6) ,533-40.
- 135 **Taylor,S,E.** (1986) HEALTH PSYCHOLOGY , NEW YORK. RANDOM HOUSE.
- 136 **Taylor,SeTAL & WERTBELS.D.** etal . (1991) PSYCHOLOGICAL ASPECT OF SERIOUS ILLNESS , CHRONIC CONDITIONS. WASHINGTON. CASTA PRESS.
- 137 **Tansman,H.** (1999). THE VALUE OF PERSONALITY CHARACTERISTIC IN DEVELOPMENT OF DIABETES PROFESSIONAL -PSYCHOLOGY , RESEARCH AND PRACTICE , VOL 30(1).9-17.
- 138 **Tattersall .R,B.** (1991) . PSYCHIATRIC ASPECTS OF DIABETES ,A PHYSICIAN'S VIEW . BRITISH JOURNAL OF PSYCHIATRY. VOL 139:2-11,52.
- 139 **The American Psychiatric Association, Diagnosis And Statistical Manual Of Mental Disorders ,** (1986) 3(EDITOR) , WASHINGTON , AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION PRESS.

- 140 **Tobet,D.**(1998). COGNITIVE THERAPY FOR DIABETICS.
JOURNAL OF CLINICAL PSYCHOLOGY AND BEHAVIOR
THERAPY , VOL 93(5).199-122.
- 141 **Viinaamaki,H.**(1995). PSYCHIATRIC ASPECTS OF
DIABETES ACTA , PSYHIATR., VOL 92(5):11-19.
- 142 **Viinaamaki,H.**(1991). PSYCHOTHERAPY IN PATIENT WITH
DIABETES MELLITUS . PSYCHO THERAPY AND PSYCHO
SOMTICS., VOL 50(1) :299-237.
- 143 **Weiner,H.**(1977) PSYCHOBIOLOGY AND HUMAN DISEASE ,
NEW YORK . PER GUMAN
- 144 **Wery ,J.S**(1986) PSYCHO PATHOLOGICAL DISORDERS OF
CHILED HOOD ,QUAY.H.C& WERRY J,S. (EDITORS) 3
EDITION , NEW YORK . WIELLY AND SONS INC.
- 145 **Weyerer, S.**(1989).PSYCHIATRIC DIS ORDERS AND
DIABETES, J. OF PSYCHOSOMATIC PRE. VOL33(5)52-62.
- 146 **Wilkinson,D,G.**(1981). PSYCHIATRIC ASPECTS OF
DIABETES. BRITISH JOURNAL OF PSYCHIATRY. VOL 2-11.
- 147 **Wolman,B,B.**(1988). PSYCHOSOMATICS DOSORDERS. NEW
YORK. PLENUM MEDICAL BOOK COMPANY.
- 148 **Wople,J.**(1969). THE PARCTICE OF BEHAVIOR THERAPY .
NEW YORK. PERGUMAN .
- 149 **Wolpe,**(1982). THE PRACTICE OF BEHAVIORAL THERAPY
3^{ED} , PEGAMAN. NEW YORK. GENERAL PSYCHOLOGY
SERIES.

- 150 **Wring,R,R.**(1989) . DIABETES AND ANXIETY ,DIABETES CARE . VOL 12(2),139-140.
- 151 **Young ,R,L** (1983). NEURO FUNCTION AND METABOLIC CENTER IN TEEGAGE DIABETES. DIABETES. 39-41.
- 152 **Zqmbanini,D,**(1997), THE ROLE OF EMOTIONALITY IN DIABETES, DIABETES MED., VOL 14(2)22-41.

الملاحق

stai

الصورة (س- ١)

- ١١- أشعر أنني واثق من نفسي
- ١٢- أشعر بالعصبية
- ١٣- أشعر بالزعزعة (عدم الثقة)
- ١٤- أشعر أنني مشدود (عالي التوتر)
- ١٥- أشعر بالاسترخاء
- ١٦- أشعر بالرضا
- ١٧- أنني مهموم (مشغول البال)
- ١٨- أشعر أنني بالغ الاستثارة والاهتزاز
- ١٩- أشعر بالمرح
- ٢٠- أشعر بالمرور

ملحق رقم (٢)

الصورة (س-٢)

الاسم

تاريخ الميلاد

الكلية

التاريخ

الجنسية

فيما يلي مجموعة من العبارات التي يصف الناس بها انفسهم في العادة ، أقرأ كل عبارة ثم ظلل المربع المناسب علي يسار العبارة لكي تعبر عما تشعر به (عادة) في الغالب ، ليست هناك عبارة صحيحة واخري خاطئة ، غالبا فرد يختلقون والمهم ما تشعر به انت عادة ، لا يستغرق وقتا طويلا عند أي عبارة ، اعط الاجابة التي يبدو انها تصف ما تشعر به في العادة .

١- اشعر بالسرور

٢- اتعب بسرعة

٣- اشعر بالميل للبكاء

٤- اود ان اكون سعيدا كما يبدو الاخرين

٥- تقوت علي فرص لاني لا استطيع ان اتخذ قراري

٦- اشعر اني مستكن

٧- انا هادئ رابط الجاش متمالك النفس

٨- اشعر بتراكم الصعوبات عليّ بحيث لا استطيع تخطيها

٩- اقلق بشدة علي امورو لا تعني شيئا في الحقيقة

١٠- انا سعيد

١١- اميل الي اتخاذ الامور بجدية

١٢- تتقصني الثقة بالنفس

١٣- اشعر بالامن

١٤- احاول تجنب المصاعب والمشاكل

١٥- اشعر بالحزن

١٦- أنا راض

١٧- تمر بخاطري بعض الافكار الغير هامة

١٨- اتلقي المضايقات بعنف بحيث لا استطيع ابعادها عن تفكيري

١٩- أنا انسان مستقر

٢٠- تعترين حالة من التوتر او الاضطراب

كلما فكرت في مشاغلي والتزاماتي الجديدة

ملحق رقم (٣)

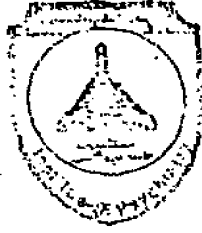
مقياس العصابية من استخبار ايزك للشخصية EPG

تعليمات : نرجو أن تجيب عن كل سؤال من الأسئلة التالية بوضع دائرة حول كلمة " نعم " أو كلمة " لا " التي تسبق السؤال . ليست هناك إجابات صحيحة وأخرى خاطئة . وليست هناك أسئلة خادعة ، أجب بسرعة ولا تفكر كثيرا حول المعنى الدقيق للسؤال .

- نرجو أن تتذكر أن تجيب عن كل سؤال
- | | | |
|--|----|-----|
| ١ - هل يتقلب مزاجك كثيرا ؟ | لا | نعم |
| ٢ - هل يحدث أحيانا أن تشعر بالتعب بدون سبب ؟ | لا | نعم |
| ٣ - هل تقلق في كثير من الأحيان على أمور لم يكن يجب أن تفعلها أو تقلها ؟ | لا | نعم |
| ٤ - هل أنت شخص سريع الغضب ؟ | لا | نعم |
| ٥ - هل تشعر كثيرا بأنك زهقان (طهقان) ؟ | لا | نعم |
| ٦ - هل يضايقك في أغلب الأحيان الشعور بأنك عملت شيئا ؟ | لا | نعم |
| ٧ - هل تعتبر نفسك شخصا عصبيا ؟ | لا | نعم |
| ٨ - هل أنت مهوم باستمرار ؟ | لا | نعم |
| ٩ - هل تقلق على ما يُفعل أن يحدث من أمور سيئة ؟ | لا | نعم |
| ١٠ - هل تعتبر نفسك متوتر أو أعصابك مشدودة ؟ | لا | نعم |
| ١١ - هل تفتقد عليك نفسك من حين لآخر ؟ | لا | نعم |
| ١٢ - هل تشعر بأنك متضايق أحيانا ؟ | لا | نعم |
| ١٣ - هل تعاني من قلة النوم ؟ | لا | نعم |
| ١٤ - هل تشعر غالبها بالتعب والارهاق بدون سبب ؟ | لا | نعم |
| ١٥ - هل تشعر غالبها بأن الحياة مملة جدا ؟ | لا | نعم |
| ١٦ - هل تتعبد غالبها بالقيام بأعمال أكثر مما يتسع له وقتك ؟ | لا | نعم |
| ١٧ - هل تقلق كثيرا على مظهرك ؟ | لا | نعم |
| ١٨ - هل حدث أن تمنيت لو كنت ميتا ؟ | لا | نعم |
| ١٩ - هل تقلق لمدة طويلة جدا بعد مرورك بتجربة محرجة ؟ | لا | نعم |
| ٢٠ - هل تعاني من الأعصاب ؟ | لا | نعم |
| ٢١ - هل تشعر غالبها بالوحدة ؟ | لا | نعم |
| ٢٢ - هل تُجرح مشاعرك بسهولة عندما يجد الناس فيك أو في عملك عيبا أو خطأ ؟ | لا | نعم |
| ٢٣ - هل تكون أحيانا مليئا بالنشاط وأحيانا أخرى خالا جدا ؟ | لا | نعم |

ملحق رقم (٤)

استخبار شخصية D من بطارية جيلفورد



مستشفيات
جامعة عين شمس
مركز الطب النفسي

استخبار شخصية

رقم ملل :

التاريخ / / ١٩

D

الوطنية

شهر سنة

السن

الجنس

تعليمات :

ستجد فيما يلي بعض الأسئلة ، والمطلوب أن تجيب عليها بما لا يتعدى «نعم» أو «لا» أو «لا» .

اقرأ كل سؤال على حدة . فكر في سلوكك كيف يكون عادة . ضع دائرة حول أحسن إجابة تصف سلوكك ردًا على هذا السؤال . ضع دائرة حول «أ» في حالة ما إذا كنت عاجزاً عن أن تقر بين «نعم» أو «لا» .

تأكد من أنك لم تترك أي سؤال بدون إجابة .

الترجمة على هذه الأسئلة ليس فيها ما هو خطأ وما هو صواب ، المهم فقط هو محاولة الدقة في وصف مشاعرك أو آرائك أو عاداتك .

الأسئلة الإنجليزية ج . ب . جيلفورد .

أحمد الشريف الدكتور مصطفى سرياف ، الدكتور محمد فرغلي نراج .

ملحوظة : يعتبر مع هذا الاستخبار إلا للهيئات الرسمية المنتهية بالعلوم النفسية وتطبيقاتها . أما بالنسبة للأفراد

فيجب الحصول على إذن كتابي من المبرمجين .

- ١- هل تجد غالباً أنك قد فكرت بعد فوات الأول ؟ نعم ١
- ٢- هل تكثر من أحلام اليقظة ؟ لا ٢
- ٣- هل تسبب لأحد شيئاً يفرضه جاذبة ؟ نعم ٣
- ٤- هل يجرب الناس أحلاماً أنك بسهولة ؟ لا ٤
- ٥- هل قيل إلى الأتروا في النسبات الاجتماعية ؟ لا ٥
- ٦- هل يغضب عليك أن تكون مثقب الأهرام ؟ لا ٦
- ٧- هل لديك مشاعر ترفض تشايقك ؟ نعم ٧
- ٨- عندما تذكر في مستهلك ! هل تجده عادة يدعو إلى التناول ؟ لا ٨
- ٩- هل أنت مثبته لنفسك بدرجة تصابك ؟ نعم ٩
- ١٠- هل تحفظ دائماً بنفس الروح المعنوية التي أنت عليها ؟ نعم ١٠
- ١١- هل يحدث كثيراً أن تشعر بأنك «معتقن» من الناس ؟ لا ١١
- ١٢- هل ترتبك في «شور رؤسائك» ؟ نعم ١٢
- ١٣- هل تسرح كثيراً بينا المقروض أن مشتركاً في مناقشة ؟ نعم ١٣
- ١٤- هل تسرح غالباً عندما تحاول تركيز فكرك ؟ لا ١٤
- ١٥- هل تزعجك التجارب الشبيهة أكثر مما يحدث للشخص العادي ؟ لا ١٥
- ١٦- هل يتأثر مزاجك بسهولة بمن يحيطونك من الغناء أو التلغاء ؟ نعم ١٦
- ١٧- هل تسرح عادة بجنينة أمل حادة لدرجة أنك لا تستطيع أن تطردها من نفسك ؟ نعم ١٧
- ١٨- هل يحدث كثيراً أن تترك لك لثلاث تعاني فيها من الشعور بالوحدة ؟ لا ١٨
- ١٩- هل قيل إلى التفكير في نفسك أنماذج الموت ؟ نعم ١٩
- ٢٠- هل قيل إلى التذكر في الحقائق فتشكك حتى بعد أن يتفحصي حقيقتها وقت ضيق ؟ نعم ٢٠
- ٢١- ألم تحس أبداً أن العالم بعيد عنك وغير حقيقي بالنسبة لك ؟ نعم ٢١
- ٢٢- ألم تترك أبداً من الشعور بالسعادة إلى الشعور بالحزن أو بالعكس دون أسباب واضحة ؟ لا ٢٢
- ٢٣- هل تحس غالباً أنك مرموق بين مجموعة من الناس ؟ نعم ٢٣
- ٢٤- هل تغلب عليك مظاهر الانحدار ؟ نعم ٢٤
- ٢٥- هل قيل إلى التأمل في ماضيك ؟ لا ٢٥
- ٢٦- هل تهبط معاً وبأنك كثيراً عندما يتفقد الناس ؟ لا ٢٦
- ٢٧- هل تشعر بالوحدة حتى وأنت مع الآخرين ؟ لا ٢٧
- ٢٨- هل تتعرض كثيراً للإكتئاب الشديد ؟ نعم ٢٨

- ٢٩- هل يحدث كثيراً أن تشعر بأن الناس المحيطين بك يتحدثون عنك ؟ نعم ١ ٧ ٢٩
- ٣٠- هل تشعر بالإرهاق أغلب الوقت ؟ نعم ١ ٧ ٣٠
- ٣١- هل تتفق كثيراً كثيراً من الوقت في التفكير في أخطائك الماضية ؟ نعم ١ ٧ ٣١
- ٣٢- هل يحدث كثيراً أن يعصبك الأرق بسبب مشاغلك ؟ نعم ١ ٧ ٣٢
- ٣٣- هل يزعجك كثيراً الشعور بالذنب ؟ نعم ١ ٧ ٣٣
- ٣٤- هل يحدث كثيراً أن تجد النوم بالليل أمراً شاقاً ، حتى لو كنت متعباً ؟ نعم ١ ٧ ٣٤
- ٣٥- هل تجد من الصعب عليك أن تنام بالليل لأن أحداث اليوم لا تزال تشغل ذهنك ؟ نعم ١ ٧ ٣٥
- ٣٦- هل يغلب عليك الشعور بأن الحياة ليس فيها سوى أشياء قليلة جداً تستحق أن تعيش من أجلها ؟ نعم ١ ٧ ٣٦
- ٣٧- هل تحب أن تتخطى في الجاهل ؟ نعم ١ ٧ ٣٧
- ٣٨- هل من الصعب أن يفرح أحد شعورك حتى إذا كانت النكتة عليك ؟ نعم ١ ٧ ٣٨
- ٣٩- هل تشعر عادة بأنك في حالة طيبة وسعة جيدة ؟ نعم ١ ٧ ٣٩
- ٤٠- هل أنت في العادة متزن في علاقاتك الاجتماعية ؟ نعم ١ ٧ ٤٠
- ٤١- هل أنت عادة معتدل المزاج ؟ نعم ١ ٧ ٤١
- ٤٢- هل تحدث لك تقلبات في المزاج سواء كان لذلك سبب واضح أو لم يكن ؟ نعم ١ ٧ ٤٢
- ٤٣- هل يحدث غالباً أن تستعرض أحداث اليوم في ذهنك قبل النوم مساءً ؟ نعم ١ ٧ ٤٣
- ٤٤- هل يضايقك أن يستعرض شخص مشاء على انشاء الآخرين في جمع عام ؟ نعم ١ ٧ ٤٤
- ٤٥- هل تشعر غالباً أن المسائل الاجتماعية مضجرة للوقت ؟ نعم ١ ٧ ٤٥
- ٤٦- هل تبتسح أحياناً للدرجة أن الحياة تبدو لك وهي لا تكاد تستحق أن نعيشها ؟ نعم ١ ٧ ٤٦
- ٤٧- هل حدث أن شعرت بأنك تعيش تعاسة تامة دون ما سبب معقول على الإطلاق ؟ نعم ١ ٧ ٤٧
- ٤٨- هل يحدث كثيراً أن تكون في روح معنوية سيئة ؟ نعم ١ ٧ ٤٨
- ٤٩- هل تريد أوقات تحاول أن تنفرد فيها بنفسك ولا تستطيع أن تتحمل مرافقة أحد ؟ نعم ١ ٧ ٤٩
- ٥٠- هل تشعر غالباً بالسأم والتعب دون سبب معقول ؟ نعم ١ ٧ ٥٠
- ٥١- هل تعتقد أن الناس غالباً ما يسيئون فهم ما نقول ؟ نعم ١ ٧ ٥١

- ٥٢- هل تستطيع أن تترخي بسهولة عندما تجلس ؟ نعم ٤ ٧ ٥٢
- ٥٣- هل تستطيع عادة أن تحافظ على ابتهاجك رغماً عن المتاعب ؟ نعم ٤ ٧ ٥٣
- ٥٤- هل تميل إلى أن تعيش في الحاضر دون تفكير في الماضي أو المستقبل ؟ نعم ٤ ٧ ٥٤
- ٥٥- هل يقلب عليك أن تفلق لما قد يحدث من سوء حظ ؟ نعم ٤ ٧ ٥٥
- ٥٦- هل حدث في أي وقت أن عانيت من فكرة غير مفيدة أخذت تتردد على ذهنك كثيراً ؟ نعم ٤ ٧ ٥٦
- ٥٧- هل يتهاك غالباً الشعور بالتفاحة ؟ نعم ٤ ٧ ٥٧
- ٥٨- هل ينقذ صبرك عندما تكون في انتظار أحد أصدقائك أو أحد أفراد أسرته ؟ نعم ٤ ٧ ٥٨
- ٥٩- هل تميل إلى تجنب مقابلة أشخاص معينين في الطريق (لا يدخل في هذا الهند الدائنون ومن على شاكلتهم) ؟ نعم ٤ ٧ ٥٩

ملحق رقم (٥)

مقياس (د) BDI

الدكتور / فريد عبد الفتاح غريب
أساتذة علم النفس والمعدة النفسية المساعد
كلية التربية - جامعة الأزهر والاحداث العربية

تاريخ الميلاد والسكن :
تاريخ التسجيل :

الاسم :
المستوى التعليمي :
بيانات أخرى :

تعليمات :

في هذه الكراسة مجموعات من العبارات ، الرجاء أن تقرأ كل مجموعة على حدة ، ثم قم بوضع دائرة حول رقم العبارة (٠ أو ١ أو ٢ أو ٣) والتي تصف حالتك خلال الأسبوع الماضي بما في ذلك اليوم .

تأكد من قراءة عبارات كل مجموعة قبل أن تختار واحدة منها ، وتأكد من أنك قد أجبت على كل المجموعات .



الناشر
مكتبة النهضة العربية
شارع مدني
القاهرة

- ١٠ - (٠) أنا لا أشعر بأنني أظهر أسوأ مما اعتدت أن أظهر به من قبل .
- (١) أنا مشغول وتقلق علي أنني أظهر كبير السن أو غير جذاب .
- (٢) أنا أشعر بأن هناك تغييرات ثابتة في مظهري تجعلني أظهر بطريقة غير جذابة .

(٣) أنا أشعر بأنني تبيع أو كرهه المنظر .

١١ - (٠) أنا أستطيع العمل بنفس الجودة كما تمردت من قبل .

(١) أبدأ بعض الجهد لكي أبدأ العمل في بعض الأشياء .

(٢) يجب علي أن أدفع نفسي بقوة لأقوم بأي شيء .

(٣) أنا لا أستطيع أن أقوم بأي عمل على الإطلاق .

١٢ - (٠) أنا لا أجد أكثر مما تمردت من قبل .

(١) أنا أشعر بالاجهاد بسهولة أكثر مما تمردت من قبل .

(٢) أنا أشعر بالاجهاد من أداء أي شيء .

(٣) أنا في مستوي الاجهاد للدرجة أنني لا أستطيع عمل شيء .

١٣ - (٠) شهيتي للأكل ليست أسوأ من المعتاد .

(١) شهيتي للأكل ليست جيدة كما كانت .

(٢) شهيتي أصبحت أسوأ الآن .

(٣) أنا ليست في شهية للأكل نهائياً .

٤ -

(٠) أنا لست غير راضٍ .

(١) أنا أشعر بالملل أغلب الوقت .

(٢) أنا لأحصل على الإبداع أو الرضا من أي شيء بعد الآن .

(٣) أنا غير راضٍ عن كل شيء .

٥ - (٠) أنا لا أشعر بأنني آثم أو ملتبس .

(١) أنا أشعر بأنني رديء أو لا قيمة لي أغلب الوقت .

(٢) أنا أشعر بالذنب أو الاتم دائما .

(٣) أنا أشعر كما لو أنني رديء جدا أو عديم القيمة .

٦ - (٠) أنا لا أشعر بغيبة الأمل في نفسي .

(١) أنا فأقد الأمل في نفسي .

(٢) أنا مشغور من نفسي .

(٣) أنا أكره نفسي .

٧ -

(٠) أنا لست لدي أي أفكار الإضرار بنفسي .

(١) أنا لدي أفكار للإضرار بنفسي ولكن لا أنفذها .

(٢) أنا أشعر بأنه من الأفضل أن أموت .

(٣) لو استطعت .. لقتلت نفسي .

٨ -

(٠) أنا لم أأنقد اهتمامي بالناس .

(١) أنا أقل اهتماما بالناس عما تعودت أن أكون من قبل .

(٢) أنا فقدت أغلب اهتمامي بالناس ، ولدي مشاعر قليلة تجاههم .

(٣) أنا فقدت كل اهتمامي بالناس ، ولا أهتم بهم على الإطلاق .

٩ -

(٠) أنا أتخذ القرارات بنفس الجودة كما تعودت أن أتخذها من قبل .

(١) أنا أأمر بأجيل اتخاذ القرارات .

(٢) أنا لدي صعوبة شديدة في اتخاذ القرارات .

(٣) أنا لا أستطيع اتخاذ أي قرارات بعد الآن .

١٠ - (٠) أنا لا أشعر باليأس .

(١) أنا أشعر باليأس والكآبة .

(٢) أنا مكتئب أو حزير طول الوقت ولا أستطيع أن أنزع نفسي من هذا الحالة .

(٣) أنا حزير أو غير سعيد لدرجة أنني لا أستطيع تحمل ذلك .

٢ - (٠) أنا لست متشاكسا على وجه المقصود ، أو لست منبط الهمة

فيما يتعلق بالمستقبل .

(١) أنا أشعر بأن المستقبل غير مشجع .

(٢) أنا أشعر بأن ليس لدي شيء أطلع إليه في المستقبل .

(٣) أنا أشعر بأن المستقبل لا أمل فيه وأن الأشياء لا يمكن أن

تحسن .

٣ -

(٠) أنا لا أشعر بأنني شخص لائل .

(١) أنا أشعر بأنني نزلت أكثر من الشخص المتوسط .

(٢) كلما أعود بذاكرتي إلى الوراء ، كل ما أستطيع أن أراه في حياتي .. الكثير من الفشل .

(٣) أنا أشعر بأنني شخص فاضل تماما (كوالد ، زوج ، زوجة) .

To: www.al-mostafa.com